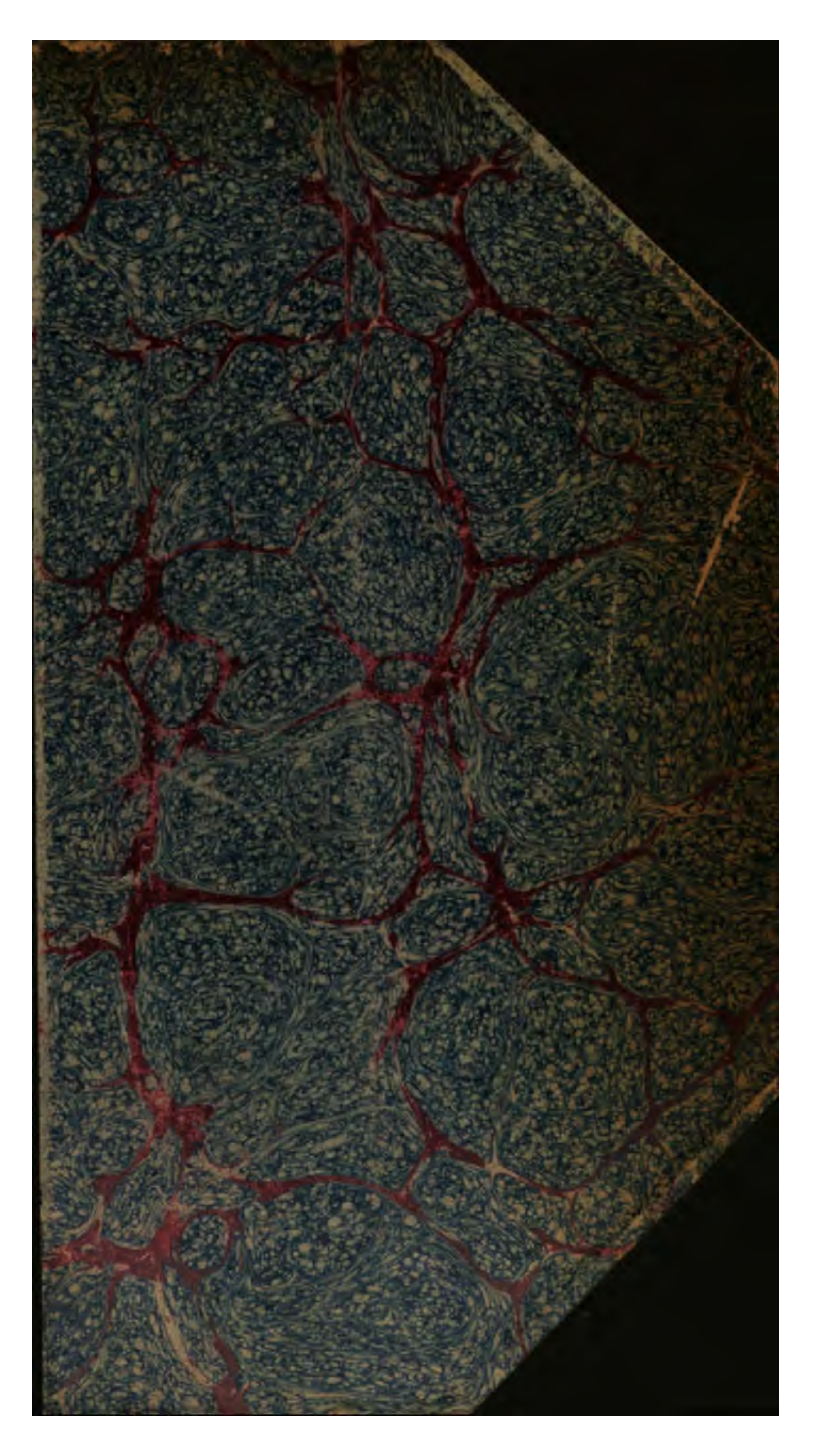


ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour les pays de l'Union postale....	22	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef:

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME LV

Contenant des travaux de

Boukömsky, Chapot-Prévost, Cristeanu, Delanglade, Delestre, Dupaigne, Engelmann, Fieux, Herrgott (A.), Jorfida, Keller, Labusquière, Lambret, Léa, Mauclaire, Porak, Porak et Couvelaire, Queirel, Routier, Sabino Coelho, Segond, Varnier, Varnier et Sens

1901

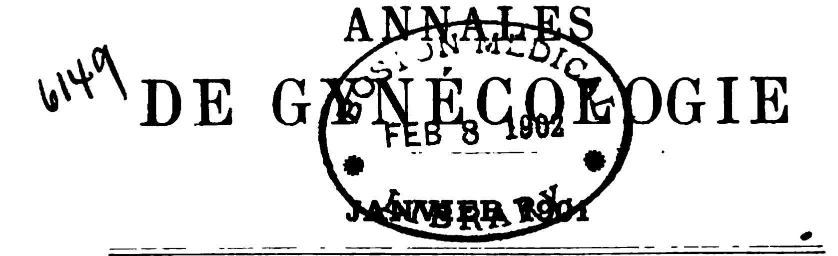
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1901



DE L'OMPHALOTRIPSIE

(DES INFECTIONS OMBILICALES)

Par le Dr **Porak**,
Accoucheur de la Maternité.

L'infection ombilicale tient, dans la pathologie du nouveau-né, une place beaucoup plus considérable que celle qu'on est habituellement disposé à lui accorder.

M. Durante, chef du laboratoire de la Maternité, et M. Audion (1), un de mes anciens internes, poursuivent leurs recherches sur cette question et sont arrivés à démontrer la gravité et la fréquence de l'infection ombilicale. Je ne veux pas en faire l'historique, mais je dois cependant encore citer les noms de Robin, de Kockel et de Bidone.

L'antisepsie rigoureuse, des pansements bien compris de la région ombilicale s'imposent à la préoccupation des accoucheurs. C'est le résultat que vise l'omphalotripsie.

Pour bien comprendre les règles sur lesquelles elle est basée, il est nécessaire de rappeler aussi brièvement que possible l'anatomie et la physiologie de la région ombilicale. La pathogénie des anomalies, des accidents de la chute du cordon et de la cicatrisation ombilicale en devient plus claire.

(1) *De l'ombilic et de l'infection ombilicale.* Thèse Paris, 1900.

L'anneau ombilical est fermé en dedans par le péritoine; il se continue en dehors avec le cordon; il est limité à sa périphérie au niveau de la paroi abdominale par les différentes couches de cette paroi qui se confondent en un trousseau épaissi de fibres constituant comme un anneau. Les auteurs y ont décrit des fibres élastiques et des fibres musculaires. Mais le rôle si important qu'on a attribué à cet anneau fibro-musculaire est aujourd'hui bien déchu de son ancienne importance.

L'anneau ombilical présente à la paroi abdominale l'épaisseur assez mince et régulière de cette paroi. Il se prolonge en dehors par un repli cutané, constituant une sorte de fourreau plus ou moins étendu, qui fait une saillie dépassant rarement un centim., mais pouvant aisément mesurer deux centim. et, dans quelques circonstances, davantage encore.

La peau, qui limite en dehors l'anneau ombilical, se termine brusquement par un bord quelquefois parallèle au plan de la paroi abdominale, mais ordinairement oblique, comme taillé en biseau, de forme assez irrégulière et de dimensions assez variables.

En dedans, l'anneau ombilical est comblé par les éléments du cordon qui s'y prolongent : tissu muqueux du cordon, artères et ouraque, veine.

On conçoit qu'à un cordon épais correspond un anneau ombilical dont les dimensions transversales sont plus étendues, quoiqu'on observe fréquemment un rétrécissement des cordons dits gras au moment où ils se continuent avec l'anneau.

La région est très riche en vaisseaux sanguins et en vaisseaux lymphatiques; toutefois le tissu muqueux en est dépourvu tout aussi bien en dedans qu'au dehors de l'anneau.

Les vaisseaux sanguins sont surtout abondants au niveau de la peau sur les limites de laquelle ils constituent des anses. On voit quelquefois ces vaisseaux dépasser les limites de la peau pour former sous l'amnios, dans le tissu muqueux, un réseau élégant et des anses visibles à l'œil nu.

Les vaisseaux ombilicaux présentent ce caractère important qu'ils sont dépourvus de vasa vasorum au cordon et qu'ils en

présentent dès qu'ils pénètrent dans l'anneau ombilical. Les vaisseaux de la peau et les vasa vasorum se font, pour ainsi dire, face. Des variétés anatomiques nombreuses doivent exister dans le point exact où les vasa vasorum s'arrêtent, puisque l'entrée des vaisseaux dans le cordon n'est pas fixée par une limite certaine, le bord de la peau n'ayant pas toujours une figure régulière.

Ces différences ne peuvent manquer d'avoir une influence sur les phénomènes biologiques qui aboutissent à la cicatrisation de l'ombilic.

L'irrégularité du bord cutané rend assez difficile l'omphalotripsie au ras de la peau. On laisse presque nécessairement au bas du bourrelet cutané plusieurs millim. de tissu muqueux. Il faut d'ailleurs toujours prévoir le cas où l'omphalotripsie aurait coupé le cordon et où, par conséquent, il serait nécessaire d'appliquer à demeure une pince à forcipressure. Il est donc utile de se ménager quelques millim. de cordon au-dessus du bord cutané, au-dessous du bord inférieur de l'omphalotribe pour placer à l'occasion cette pince. Il ne faut d'ailleurs pas exagérer le danger, car lorsque le cordon est coupé par l'omphalotribe la section se produit au milieu de l'instrument plus bombé en ce point. Il m'est arrivé une fois d'observer cette section du cordon écrasé cependant au ras de la peau. Je n'ai eu aucune difficulté de placer une pince à forcipressure.

Si cependant on pratique l'écrasement au ras même de la peau, on voit qu'on ne laisse au-dessus du péritoine qu'une étendue assez faible de tissu muqueux.

Cette exposition et cette proximité du péritoine expliquent la fréquence relative des péritonites circonscrites ou généralisées consécutives aux infections graves et locales de l'ombilic. Je dirai plus tard que si l'infection ombilicale m'a paru beaucoup plus rare à la suite de l'omphalotripsie, ces accidents, lorsqu'ils se sont néanmoins développés, sont alors peut-être plus graves. La proximité du péritoine de la surface écrasée doit peut-être expliquer cette observation.

Très peu de temps après la naissance, un cercle rou-

geâtre se produit au delà du bord cutané du bourrelet.

C'est dans ce très petit espace compris d'une part dans l'anneau, d'autre part au niveau du cercle rougeâtre qui dépasse le bord cutané, que les modifications histologiques vont se produire et préparer l'évolution de la cicatrice. Ce cercle rougeâtre, vasculaire en dehors de l'anneau, ne dépasse pas un à trois millimètres.

Des capillaires sont venus des vaisseaux de la peau et des vasa vasorum, pour vasculariser cette région, et en même temps des leucocytes migrateurs pénètrent dans le tissu muqueux ; ils lui font font perdre sa couleur transparente et le rendent opaque.

Dès le deuxième jour, des éléments conjonctifs jeunes, cellulaires, plus tard fibreux, se substituent aux leucocytes et fournissent les éléments d'un bourgeonnement d'abord, puis plus tard, avec l'atrophie des vaisseaux, les éléments d'une cicatrice rétractile. Ce travail s'accompagne d'humidité particulière, d'une espèce de suintement sur la partie du cordon attenant à la peau, point où il ne se dessèchera pas.

Ce processus autorise-t-il à ne faire l'écrasement du cordon qu'à un centimètre du rebord cutané ? Je ne le crois pas. Pourquoi, d'ailleurs, un centimètre, puisque le travail organique dépasse d'un millimètre à trois au plus le bord cutané ?

L'indication capitale est de détruire autant de tissu voué à la mortification qu'il est possible. Si j'accorde qu'on n'écrase pas le cordon absolument au ras de la peau, ce n'est pas pour répondre à une nécessité physiologique, mais, je le répète, pour permettre de placer facilement une pince à forcipressure si la nécessité de cette pratique venait à s'imposer.

Néanmoins, dans une intention expérimentale, j'ai écrasé le cordon au ras de la peau. Je n'ai constaté aucun inconvénient à cette pratique. En écrasant le cordon, on refoule probablement assez de tissu muqueux au-dessous de l'omphalotribe pour fournir au tissu cicatriciel le substratum nécessaire au travail histologique. Le cordon, d'ailleurs, ne se dessèche pas jusqu'au niveau du bord cutané.

Si le deuxième jour, par exemple, on relève la calotte du cordon desséché, on trouve au-dessous d'elle une partie plus ou moins épaisse de tissu muqueux opaque, humide, qui correspond bien à la portion du cercle rougeâtre du tissu muqueux qui dépasse le bourrelet cutané.

Aujourd'hui on est d'accord sur le mécanisme de la séparation du cordon. Cette séparation se fait parce que le cordon est dépourvu de vaisseaux, tandis que l'anneau ombilical possède une très riche vascularisation.

Le cordon se flétrit, se modifie de dehors en dedans en vertu d'actions physiques. Ce dessèchement ne se produit néanmoins pas toujours en suivant d'une façon aussi rapide des phénomènes toujours identiques. On sait que le cordon reste quelquefois humide et devient le siège d'une véritable putréfaction. On observe souvent cette complication avec les cordons épais.

On conçoit bien qu'en écrasant le cordon, en exprimant pour ainsi dire d'une façon complète la gélatine de Wharton par l'adossement de l'amnios à lui-même, on ne laisse plus de tissu susceptible de putréfaction.

Pendant que se produisent ces phénomènes, les vaisseaux du cordon se rétractent. La rétraction des artères dont la tunique moyenne est plus musculaire, de l'ouraque, l'emporte sur la rétraction de la veine. Il s'ensuit la constitution d'une cupule, dirigée par en bas après affaissement du fourreau cutané. Le cordon desséché constitue comme une calotte qui recouvre la surface suintante de la base du cordon et la partie inférieure de l'anneau ombilical qui est, pour ainsi dire, déprimée.

Il est très difficile d'aseptiser cette partie humide du cordon.

Toutes les fois que j'y ai fait des prélèvements et des ensemencements, j'y ai toujours constaté des cultures microbiennes.

On peut donc réellement se demander si la séparation du cordon n'est pas de nature microbienne.

Il serait d'ailleurs très instructif d'élucider le cas, de savoir si la chute du cordon avec une asepsie rigoureuse n'est pas retardée.

Les meilleurs observateurs ont cru à la nécessité de ce développement microbien dans l'évolution normale de la chute du cordon.

Après la chute du cordon, le tissu bourgeonnant du fond de la cupule ne peut être observé que lorsqu'on déplisse cette cupule. Il se recouvre de cellules épithéliales provenant de la peau qui oblitère alors la cicatrice ombilicale.

Mais au moment de la chute du cordon, la tunique moyenne et la tunique interne des artères se sont rétractées et on ne trouve près de la cicatrice ombilicale que l'adventice de ces vaisseaux comblée par un caillot, ordinairement non adhérent. La veine présente plus tardivement que les artères l'organisation de ce caillot. Pendant longtemps encore, plusieurs jours après la chute du cordon, les vaisseaux restent largement ouverts.

M. Audion a publié une observation de perméabilité concave de la veine ombilicale, provenant de mon service. Il s'agissait d'un débile qui est mort douze jours après sa naissance. La veine était atteinte d'endo et de périphlébite, elle n'était pas rétractée. On y a constaté, à quelques centimètres de la cupule, de la poudre qu'on retrouvait d'ailleurs au fond de la cupule. Ce ne pouvait être que du sous-nitrate de bismuth qui s'y était engagé mécaniquement.

Cette perméabilité persistant si longtemps des vaisseaux a une très grande importance, puisque si le sous-nitrate de bismuth peut pénétrer mécaniquement, on comprend combien plus facile doit être l'invasion des microbes doués de mouvements. On s'explique ainsi très bien les cas qu'a signalés M. Durante d'infection manifestement ombilicale sans lésion apparente du nombril.

La persistance de la perméabilité de la veine, longtemps après la chute du cordon, nous engagera à continuer le traitement antiseptique.

Ces notions anatomiques permettent de se rendre compte de la pathologie de l'ombilic. L'érysipèle, la lymphangite, le phlegmon de l'ombilic, les ulcérations graves circonscrites ou phagédéniques de l'ombilic sont rares et constituent des

tableaux symptomatiques très connus et faciles à différencier les uns des autres.

Les formes plus atténuées de l'omphalite et des cicatrisations anormales méritent quelques explications.

Le bourgeon, le granulome du cordon est aussi bien connu; nous le citons pour mémoire.

Les anomalies de la rétraction du fourreau cutané sont très nettes. Elles peuvent tenir à un retrait peu énergique des vaisseaux; au développement exagéré des éléments qui infiltrent le tissu muqueux au moment du travail cicatriciel; enfin, aux dimensions exagérées du fourreau cutané. Comment les distinguer d'une omphalite peu intense? L'épaisseur du fourreau cutané, sa dureté, sa rougeur, quelquefois l'œdème dont il est le siège, la douleur lorsqu'on le comprime; enfin le retard de la cicatrisation ombilicale, son apparence comme érodée ou ulcérée, le suintement de sang ou de pus constituent les signes nécessaires pour dire qu'il y a, en effet, omphalite.

Mais, d'autres fois, le bourrelet n'existe pas. On constate une rougeur et de l'œdéme péri-ombilical; le retard de la cicatrisation s'accompagne de suintement sanguinolent séreux ou purulent. Nous ne dirons pas alors qu'il existe une omphalite; nous dirons que la cicatrisation est anormale.

L'anomalie de la cicatrisation ne se traduit souvent que par le suintement en gouttelettes purulentes lorsqu'on a déplacé la cupule ombilicale ou qu'on l'a comprimée.

Fongus, omphalite, cicatrisation anormale, constituent des troubles assez communs, sous la dépendance d'une évolution anormale de la cicatrisation ombilicale. C'est une infection atténuée de l'ombilic, mais elle n'est pas toujours locale. Les phénomènes d'infections généralisées ne sont nullement en rapport avec l'intensité des accidents inflammatoires de l'ombilic.

J'ai expliqué plus haut comment ils pouvaient même exister avec des endophlébites reconnaissables seulement à l'examen histologique.

Ainsi un enfant succombe d'une broncho-pneumonie; on ne voit pas toujours le lien qui unit la maladie à l'infection ombilicale.

Un examen attentif fait cependant connaître qu'il existe une phlébite du cordon et que le foie présente des lésions.

Durante rattache les lésions si souvent observées au foie des nouveau-nés à des infections ombilicales faciles à expliquer par la perméabilité de la veine ombilicale ou même par l'existence des lésions endophlébitiques.

Ces lésions de la veine passent cliniquement inaperçues : il en résulte que des affections très éloignées, broncho-pneumonie, gastro-entérite, sont liées à une affection ombilicale seulement reconnaissable à l'autopsie. Ces infections ombilicales donneront naissance, suivant les cas, soit à une péritonite locale ou généralisée, soit à des altérations infectieuses hépatiques entraînant la mort par fonctionnement anormal de cette glande ; soit, enfin, à de véritables septicémies généralisées, diffuses, ou à des lésions prédominantes dans tel ou tel organe éloigné.

Il est donc intéressant de voir si l'omphalotripsie, permettant mieux que tous les autres moyens de pratiquer une antisepsie rigoureuse du cordon, ne met pas davantage à l'abri des infections ombilicales.

On a attribué, j'ai attribué moi-même, à l'époque où se produisait la chute du cordon, une importance permettant dans une certaine mesure d'apprécier la valeur des différentes méthodes antiseptiques employées dans le traitement du cordon.

Les quelques détails anatomo-physiologiques, dans lesquels je suis entré, montrent combien le mécanisme de la cicatrisation ombilicale est compliqué. Le poids, l'état de santé de l'enfant, le volume de son cordon, l'époque de la grossesse où l'accouchement a eu lieu, l'infection de l'ombilic surtout ont une influence manifeste sur l'époque de la chute du cordon.

Comme le disait mon maître Depaul : « il est probable que la marche plus ou moins rapide de l'ulcération du cordon est régie par d'autres lois qui nous échappent et qui se rattachent à l'activité fonctionnelle propre à chaque enfant ».

On peut prévoir que des variétés dans la disposition respective des vaisseaux de la peau du bourrelet cutané et du point où les

vasa vasorum s'arrêtent aient une influence sur l'évolution de la cicatrisation et, par conséquent, de la chute du cordon.

Le processus d'ulcération du cordon est-il ou n'est-il pas d'origine microbienne ? Est-il, oui ou non, sous l'influence de l'antisepsie ? Avant de considérer comme oiseuse cette discussion, serait-il encore plus convenable de l'étudier ?

J'accorde d'ailleurs, volontiers, que cette influence est secondaire au milieu des causes importantes multiples qui peuvent agir sur la cicatrisation ombilicale.

J'ai montré, dans le mémoire que j'ai envoyé au dernier Congrès d'Amsterdam, que la chute du cordon se produisait plus tôt après l'omphalotripsie qu'après la ligature, et il m'a semblé qu'elle était influencée par les différents modes de pansement du cordon.

Voici les résultats de la chute du cordon observés pendant plusieurs mois de cette année à la Maternité :

CHUTE DU CORDON	Enfants pesant 1250 à 2000	2000 à 2500	2500 à 3080	3000 à 3500	3500 à 4000	DE PLUS de 4000	TOTAUX	PROPORTIONS pour 100
1er jour	—	—	—	—	—	—	—	
2e jour.	—	—	6	8	2	—	16	790 = 62,75
3e jour.	—	13	39	57	16	6	131	
4e jour.	—	40	86	115	41	8	290	
5e jour.	9	39	101	123	63	18	353	
6e jour.	9	28	59	73	41	6	216	453 = 36,44
7e jour.	7	12	33	42	20	3	117	
8e jour.	4	6	25	18	12	2	67	
9e jour.	2	3	11	5	8	3	32	
10e jour.	1	1	4	8	2	—	16	
11e jour.	2	1	—	1	—	1	5	
	34	143	364	450	205	47	1243	

En se reportant à mes chiffres, donnés dans ma communication d'Amsterdam, on voit que les résultats actuels les confirment, mais cependant d'une façon moins nette. J'avais trouvé que la chute du cordon avait lieu à la suite de l'omphalotripsie, pendant les cinq premiers jours, dans 67,35 p. 100,

et pour les jours suivants, du 5e au 9e jour, dans 24 p. 100. Dans les cas de ligature, j'avais trouvé pour la chute du cordon pendant les cinq premiers jours, 59,69 p. 100; pour les jours suivants, 40,28 p. 100.

Nous dirigeons à la Maternité un service de débiles, où aboutissent les enfants nés avant terme. Nous y envoyons les prématurés de notre service ; on y reçoit des prématurés des autres Maternités de Paris, où le cordon est ligaturé, mais où le traitement antiseptique du cordon est pratiqué ; mais aussi, il faut le dire, des enfants venant de la ville où l'antisepsie de l'ombilic est ordinairement négligée. J'ai comparé les 51 enfants provenant de mon service à 55 enfants venant du dehors, pris au hasard et à la suite.

CHUTE DU CORDON	CORDONS LIGATURÉS (55 cas)		CORDONS OMPHALOTRIPSIÉS (51 cas)	
3e jour	1		2	
4e jour	1	..10 = 16.66 0/0.	5	......16 = 31.37 0/0
5e jour	8		9	
6e jour	6		15	
7e jour	12	...27 = 50 0/0...	8	......28 = 54.90 0/0
8e jour	9		5	
9e jour	9		3	
10e jour	3		1	
11e jour	1			
12e jour	2	...18 = 33.33 0/0		
13e jour	1		2	.......7 = 13.72 0/0
14e jour	1			
15e jour				
16e jour	1			
Date non indiquée			1	

Ces chiffres sont intéressants parce qu'ils permettent d'établir une comparaison ; ils sont évidemment trop peu nombreux pour permettre une conclusion. Leur importance n'existe qu'en ce qu'ils sont confirmatifs des résultats obtenus ailleurs. On remarque aisément combien la débilité et la naissance prématurée de ces enfants exercent une influence remarquable sur le retard de la chute du cordon, en comparant les résultats

obtenus dans le tableau précédent, portant presque totalement sur des enfants nés à terme, aux résultats obtenus dans le second tableau, portant totalement sur des prématurés.

Ces résultats peuvent bien être mis en avant puisqu'il est admis par tout le monde que l'infection du cordon retarde sa chute. Pourquoi donc un procédé qui affiche la prétention de favoriser l'antisepsie du cordon, d'éviter son infection, n'aurait aucune influence sur la chute rapide du cordon ?

Il n'est d'ailleurs pas indifférent d'obtenir la chute du cordon de bonne heure ; suivant toute probabilité, en effet, les éléments du travail organique de la cicatrisation du cordon se produisent simultanément. On doit en conclure que la chute rapide du cordon correspond à une oblitération plus rapide aussi des vaisseaux du cordon, de la veine en particulier. Je n'insiste pas sur l'importance de cette remarque.

Plus intéressant à coup sûr est de constater la fréquence des accidents infectieux observés à la suite de la cicatrisation ombilicale. Voici les résultats de ces recherches sur le même nombre d'enfants du service des femmes saines et portant sur le même nombre de 1,243 observations que j'ai utilisées dans le premier tableau pour étudier la chute du cordon à la suite de l'omphalotripsie.

	Enfants pesant						
ACCIDENTS	de 1250 à 2000	de 2000 à 2500	de 2500 à 3000	de 3000 à 3500	de 3500 à 4040	de plus de 4000	TOTAUX
Omphalite......	—	—	3	—	3	—	6
Fongus.........	1	—	—	2	—	2	5
Cicatrisat. anormale, érythème, suintement sanguinolent ou purulent, environ..........	3	2	4	9	4	4	26
Putréfaction du cordon.......	—	—	—	—	—	1	1
TOTAUX...	4 sur 34	2 sur 43	7 sur 364	11 sur 450	7 sur 205	7 sur 47	38

AGE	DÉCÈS de 1250 à 2000	de 2000 à 2500	de 2500 à 3000	de 3000 à 3500	de 3500 à 4000	de plus de 4000	TOTAUX
1er jour.......	6	2	1	—	—	—	9
2e jour........	1	2	1	—	—	1	5
3e jour........	—	—	—	—	—	—	—
4e jour........	1	1	—	—	—	—	2
5e jour........	1	—	—	—	—	—	1
6e jour........	1	—	—	—	—	—	1
8e jour........	—	—	—	1	—	—	1
9e jour........	—	—	1	1	—	—	2
11e jour........	1	—	—	1	—	—	2
TOTAUX...	11 sur 34	5 sur 43	3 sur 364	3 sur 450	0 sur 205	1 sur 47	23

Les anomalies de la cicatrisation du cordon omphalotripsié sont donc assez rares. Il n'est pas possible dans cette série de cas de faire des comparaisons, parce qu'on n'a pas fait une seule ligature dans mon service dans le cours de l'année dernière. Les autopsies de nos 23 enfants ne se trouvent pas relatées avec assez de détails pour qu'on en tire quelques conclusions au point de vue de l'infection du cordon.

Je puis d'ailleurs répondre à ces différentes questions à l'aide de documents fournis par notre service de débiles ; en voici le résultat :

Débiles venus du dehors. — Cordons ligaturés.

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
1	2 jours	1750	5e jour.	14 jours......		Suintem. sanguin. Eryt.	1460	Entérite.
2	nouveau	1250	7 —	2 mois 7 j.	1780	Erythème.		
3	1 jour	1500	9 —	10 jours........		Eryt. Ictère.	1380	
4	1 —	1720	5 —	5 —	2250	Suint. sang.		
5	4 —	2450	7 —	11 —	2460	—		
6	nouveau	1970	9 —	2 mois.	2650	....	1680	

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
7	1 jour	1750	10 —	30 jours.	......	Entér. Cong. pulm. Ict.		
8	3 —	1760	9 —	....	2140	Suint. sang.		
9	nouveau	1990	7 —	8 jours	....	....	2000	
10	nouveau	2020	8 —	11 —	2150	Putréfact. du cord. Fong.		
11	1 —	1840	5 —	5 —	......	Ictère.	1880	
12	2 —	2120	10 —	17 —	......	Erysipèle début au pied. Infect. secondaire de l'ombilic.	2100	
13	nouveau	1940	7 —	22 —	......	Suintem. sanguin et purulent. Ict.	1850	Infection hépatique. Splénisat. du foie. Congest. des reins.
14	1 —	1520	9 —	48 —	1780	....		
15	1 —	1316	8 —	49 —	2078	....		
16	2 —	2300	13 —	12 —	2270	Ictère.		
17	1 —	1880	2 —	23 —	2290	Suintem. sanguin et purulent. Ict.		
18	2 —	1770	8 —	1 mois.	1290			
19	nouveau	2070	11 —	37 jours.	2500			
20	2 —	1860	12 —	38 —	2000			
21	2 —	1470	7 —	7 —	....	....	1910	Infect. généralisée. Péricardite. Cong. pulm. hépat. Ascite.
22	1 —	1740	5 —	15 —	1850			
23	......	1500	6 —	2 mois.	1880			
24	1 —	1920	8 —	1 —	2080			
25	1 —	1520	15 —	50 jours.	1650	Suint. purul.		
26	nouveau	1740	4 —	35 —	1710			
27	nouveau	1760	8 —	41 —	2070			
28	1 jour	1950	5 —	1 mois	....	....	1820	Apoplexie pulmon.
29	2 —	1570	9 —	2 —	1840			
30	1 —	1680	9 —	42 jours.	2000			
31	1 —	1850	12 —	26 —	1980			

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
32	2 —	1790	7 —	17 —	......	Suintem. sanguin et purulent.	1460	Congestion pulmon. diffuse près de l'ombil. sans péritonite généralis. Congest. du péritoine.
33	1 —	1390	10 —	22 —	......			
34	2 —	1810	6 —	13 —	1900	....	1130	Broncho-pneumonie Entérite.
35	2 —	2120	8 —	19 —	....		2000	Péritonite suppurée. Infect. du péritoine sus-ombilical.
36	1 —	1930	6 —	26 —	......	Ictère.	2050	
37	1 —	2240	7 —	19 —	2220			
38	1 —	1680	8 —	49 —	2140	Suint. sang.		
39	nouveau	1740	9 —	19 —	......	Ictère.	1600	
40	8 —	2150	14 —	17 —	......	Suintement.	2300	Infection ombilicale, phlébite.
41	8 —	1940	8 —	43 —	....		1820	Entérite.
42	nouveau	1890	7 —	15 —	....		1790	Nodule d'infection. Forte congestion capillaire.
43	nouveau	1800	8 —	15 —	......	Suint. sanguinolent. Fongus. Ictère.	1620	Congest. pulmonaire hépatique.
44	3 jours	2520	17 —	9 —	2520	Suint. sang.		
45	nouveau	2410	5 —	9 —	2310			
46	2 jours	1720	8 —	18 —	......	Suint. purul.	1660	Congest. pulmonaire. Gros foie atrophié avec dégénéresc. graisseuse. Entérite Péritonite, Broncho-pneumonie.
47	3 —	1860	6 —	9 —	....		1460	
48	1 —	2010	7 —	19 —	......	Lymphangite ombilicale.	1770	Pneumonie.
49	nouveau	2170	5 —	29 —	....		2080	Entérite.
50	nouveau	2150	5 —	1 mois	....	Suppuration.	1760	
51	1 jour	1400	9 —	1 —	......	Lymphangite.	1320	
52	2 —	1390	7 —	10 jours	....	Eryt. et suint. sanguinol.	1350	Congest. pulmonaire, hypertr. de la rate.

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
53	nouveau	1860	6 —	10 —	......	Suintement.	1680	Congest. hépatique, vaisseaux ombilic. non obturés par un caillot, on pénètre au fond de la cicatrice avec une sonde cannelée.
54	1 jour	1340	9 —	9 —	....		1420	Congest. pulmonaire
55	3 —	1800	6 —	21 —	......	Erythème.	1800	Foie infect., arthrite du genou, phlegmon de la main et streptocoque.

Débiles nés à la Maternité. — Cordons omphalotripsiés.

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORT POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
1	7 jours.	1220	6e jour.	12 jours	......	Erythème.	1240	Broncho-pneumonie. Ascite à streptocoques dans les vaisseaux ombilicaux.
2	15 —	1380	8 —	4 —	......	Suppuration.	1600	Congest. hépatique.
3	9 —	1940	5 —	2 —	......	Ictère syphil.	1930	
4	16 —	2140	6 —	11 —	......	Syphilis?	2190	
5	11 —	1650	8 —	42 —	....		1650	
6	12 —	1650	4 —	2 mois.	......	Entérite.	1450	Broncho-pneumonie à streptoc. Dégénérescence graiss. du foie.
7	6 —	1380	6 —	6 jours.	2100	....		Broncho-pneumonie.
8	6 —	1740	5 —	56 —	2700	Entérite. Ict.	......	Congestion hépatique pulmon. Ascite.
9	5 —	1790	4 —	56 —	2640			
10	11 —	1750	7 —	50 —	2040			
11	10 —	1450	5 —	2 mois.	1920			
12	10 —	2180	4 —	2 m. 8 j.	2890			
13	9 —	1420	9 —	15 jours	....		1400	

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
14	2 —	1740	7 —	4 mois.	1870	....	2030	
15	10 —	1980	7 —	14 jours	....	....	1050	Congest. hépatique
16	6 —	1150	4 —	3 —	....	....	1490	
17	16 —	1500	6 —	4 —				
18	12 —	1660	6 —	38 —	1330			
19	10 —	2150	3 —	14 —	1970			
20	5 —	2000	13 —	16 —	2000			
21	10 —	1160	8 —	8 —	......	Supp. ombil.	1250	
22	5 —	1530	5 —	11 —	......	—	1530	
23	11 —	1600	5 —	19 —	....	....	1470	
24	8 —	1650	6 —	19 —	....	....	1220	Congest. et cirrhose hépatique.
25	10 —	1650	7 —	23 —	......	Suppurat. ombil. Entér.	1660	Reins polykystiques.
26	11 —	1580	6 —	69 —	1900	Suint. sanguin à l'ombilic.		
27	14 —	2290	6 —	22 —	2740			
28	8 jours.	1190	18e jour.	46 jours	....	....	1240	Congestion pulmon.
29	14 —	2050	9 —	11 —	....	....	2030	Syphilis.
30	13 —	1570	6 —	21 —	2160	Bronchite.		
31	7 —	1570	10 —	67 —	1900			
32	9 —	1830	13 —	36 —	2200			
33	7 —	1720	6 —	67 —	2430	Suint. sang. à l'ombilic.		
34	12 —	2100	7 —	19 —	2200			
35	9 —	1800	5 —	23 —	2260	Suint. sang. à l'ombilic.		
36	8 —	2790	6 —	15 —	2200			
37	5 —	2790	5 —	18 —	2700			
38	9 —	1390	7 —	35 —	......	Suppur. omb.	1510	
39	11 —	1400	9 —	11 —	......	Suint. ombil.	1380	
40	18 —	1240	6 —	83 —	1480	Syphilis et entérite.		
41	9 —	1880	6 —	40 —	2330			
42	8 —	1880	5 —	36 —	2180			
43	9 —	1740	7 —	40 —	2080			

	AGE AU MOMENT DE L'ENTRÉE AU SERVICE	POIDS	CHUTE DU CORDON	SÉJOUR A L'HOPITAL	SORTIS VIVANTS POIDS	ACCIDENTS PENDANT LA VIE	MORTS POIDS	AUTOPSIE
	—	—	—	—	—	—	—	—
44	4 —	1740	8 —	22 —	2140			
45	10 —	1840	7 —	19 —	2030			
46	10 —	1740	3 —	26 —	2070			
47	10 —	1820	6 —	57 —	2320	Suint. ombil.		
48	1 —	1430	4 —	41 —	1880	Bronchite.		
49	24 —	2160	5 —	25 —	....		2240	Broncho-pneumonie, arrêt de la cicatrisation, vaisseaux ombilicaux perméables.
50	9 --	2610	8 —	55 —	2200			

Les autopsies ont été faites avec le plus grand soin et la plus grande compétence par M. le Dr Durante, chef du laboratoire de la Maternité. En voici les résumés :

COMPLICATIONS OMBILICALES	SUR 55 ENFANTS CORDONS LIGATURÉS	SUR 50 ENFANTS CORDONS OMPHALOTR.
—	—	—
Accidents cliniques observés du côté du cordon (suintement de pus ou de sang, lymphangite, etc.)	22 = 40 p. 100	12 = 24 p. 100
Accidents d'infection ombilicale constatés à l'autopsie seulement, mais n'ayant pas déterminé de symptômes cliniques	4	2
TOTAL des accidents ombilicaux.....	26 = 47 p. 100	14 = 28 p. 100
Mortalité totale..................	28	20
Mortalité par infection du cordon...	14	8

Voici les résultats de ces tableaux :

Les accidents ombilicaux d'origine infectieuse sont observés chez 40 p. 100 des enfants venus du dehors, le plus souvent d'autres hôpitaux où le traitement antiseptique est cependant bien appliqué, mais où le cordon a été ligaturé.

Chez les enfants provenant de notre service, dont les cordons

ont été omphalotripsiés, les accidents d'infection ombilicale ne fournissent que 28 p. 100.

La mortalité totale est élevée : elle est, pour le cordon ligaturé, de 28, c'est-à-dire de 50,90 p. 100, et pour le cordon omphalotripsié de 20, c'est-à-dire de 39,21 p. 100 ; ce qui vous montre que la mortalité est moindre à la suite de l'omphalotripsie qu'à la suite de la ligature du cordon.

Mais si on établit maintenant la fréquence de la mortalité par infection ombilicale, on voit que dans le cas de ligature du cordon elle est de 14 sur 28, soit 50 p. 100, tandis qu'à la suite de l'omphalotripsie, elle est de 8 sur 20, soit 40 p. 100. Mortalité totale et mortalité par infections moindres, par conséquent, pour l'omphalotripsie.

Si on voulait torturer les chiffres, on obtiendrait encore cette conclusion surprenante que la proportion de la mortalité relativement aux cas d'enfants infectés est un peu plus élevée à la suite de l'omphalotripsie qu'à la suite de la ligature du cordon.

L'écrasement diminue les chances d'infection en rendant le nettoyage plus facile, en réduisant le milieu de la culture microbienne. Par contre, lorsque l'infection se produit, elle peut être plus grave après l'écrasement qu'après la ligature.

Les vaisseaux ombilicaux n'étant pas encore oblitérés au moment de la naissance, on comprend que l'écrasement, en diminuant l'épaisseur des parois, réduit la barrière contre l'infection, en fissurant l'amnios favorise des portes d'entrée. La moindre infection de cette région peut donc plus facilement se propager dans les vaisseaux sanguins, et donner naissance à des septicémies graves et même mortelles, alors qu'elle se limiterait plus aisément, chez l'enfant dont le cordon a été lié, aux capillaires sanguins et lymphatiques sous forme d'érythème ou de lymphangite localisée.

Mais vraiment cette conclusion repose sur des chiffres trop faibles pour ne pas exiger de nouvelles recherches.

Que vous dirai-je de l'hémostase ?

L'omphalotribe que j'ai présenté à Amsterdam n'était pas assez puissant. Dans le cours de cette année nous avons étudié différents autres modèles.

Après l'écrasement comme après la ligature, il n'est pas rare d'observer un léger suintement de sang. Six fois nous avons observé un retour appréciable du sang.

Dans de plus rares circonstances encore, l'omphalotribe a coupé le cordon en l'écrasant. Mais même lorsque l'instrument était appliqué au ras de la peau, on pouvait voir dépassant la peau les vaisseaux et des débris de l'amnios. Il semble que c'est vers le milieu de l'omphalotribe que le cordon se coupe. Le moignon qui dépasse permet d'appliquer une pince à forcipressure.

Dans le cas d'hémorrhagie ou dans le cas où le cordon est coupé par l'omphalotribe, et ces cas sont rares, il faut donc laisser sur ce qui reste du cordon une pince à forcipressure. On peut ordinairement l'enlever peu de temps, une demi-heure, une heure après son application; disons, pour la simplicité du traitement, qu'on peut l'enlever à la première toilette de l'enfant.

Je ne conseille pas de la laisser plus longtemps, parce que ce qui reste d'amnios se dessèche très rapidement et qu'en tardant d'enlever la pince, on s'expose à arracher les vaisseaux qui se dessèchent moins rapidement que l'amnios.

Je n'ai d'ailleurs rien à ajouter à ce que j'ai dit dans mes précédents mémoires sur les précautions qu'on doit prendre dans l'omphalotripsie. Je suis resté fidèle au pansement pulvérulent de l'ombilic par l'emploi de sous-nitrate de bismuth.

Cette question de l'omphalotripsie m'a engagé à pousser mes élèves à étudier les infections ombilicales. Cette voie est féconde.

Rien n'est plus vague, rien n'est moins satisfaisant pour l'esprit que les résultats anatomo-pathologiques fournis par les autopsies des nouveau-nés. Lorsqu'il s'agit d'expliquer le mécanisme de la mort, nous en sommes toujours à donner des formules mal définies.

Au début de la vie aussi bien qu'à son déclin, l'organisme oppose à l'infection des moyens de défense insuffisants. L'infection joue dans la pathologie du nouveau-né un rôle capital et l'ombilic se constitue certainement une porte d'entrée importante et fréquente. C'est ce que j'ai voulu démontrer.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE M. LE PROFESSEUR QUEIREL

DU CÉPHALÉMATOME

Les hasards de la clinique nous offrent aujourd'hui l'occasion d'étudier une très intéressante affection du nouveau-né et je ne veux pas la laisser passer sans attirer votre attention sur les deux cas que je vous ai montrés ces jours-ci. Il s'agit d'une tumeur, appelée céphalématome, qu'on observe chez le nouveau-né, à la suite non pas d'accouchements laborieux, ayant nécessité des manœuvres offensives pour le fœtus, mais d'accouchements spontanés ou de simples applications de forceps. Ce n'est pas que dans les accouchements laborieux artificiels on ne puisse rencontrer le céphalématome ; mais alors il a un siège quelconque sur la tête, au lieu que son siège d'élection est toujours sur le pariétal droit, généralement au niveau de l'angle supérieur et postérieur. C'est en effet là que vous trouverez cette tumeur unique, mais qui exceptionnellement peut être double et siéger sur les deux pariétaux, en deux points symétriques. Plus rarement encore, le céphalématome peut être triple. Lefour et Oui en ont observé et publié un cas à Bordeaux.

Déjà le céphalématome n'est pas une tumeur commune et il est difficile de donner une proportion précise, d'après les statistiques, variables du reste. On trouve les chiffres de 1 sur 350, 1 sur 400 et même 1 sur 500. Des accoucheurs des plus répandus comptent les cas qu'ils ont observés dans leur pratique. Notre maître le professeur Seux, à la tête d'un service d'enfants assistés, en cite 13 cas sur 5,674 enfants qui lui ont passé entre les mains.

Cette intéressante affection, connue depuis longtemps, n'a vu son histoire s'éclairer que depuis quelques années. On en trouve en effet des descriptions vagues dans A. Paré, Mauri-

Céphalématomes observés à la Clinique et à la Maternité de Marseille, en 1899.

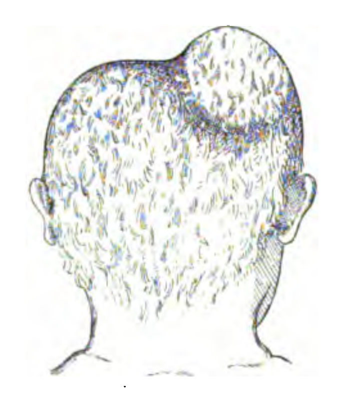


Fig. 1. — Céphalématome simple.

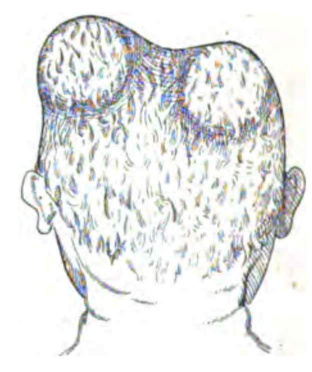


Fig. 2. — Céphalématome double.



Fig. 3. — Céphalématome double.



Fig. 4. — Céphalématome double, surmonté d'une tumeur sanguine.

ceau, Ledran, Levret, Osiander, Siebolt, etc. Néanmoins, on a longtemps confondu la tumeur avec un grand nombre de maladies siégeant à la tête et on la désignait sous le nom de bosses sanguines, d'abcès sanguins des nouveau-nés. Gooch, en 1795,

en Angleterre, en a donné une bonne description, mais c'est Nægelé, d'Heidelberg, qui lui a imposé le nom de céphalématome. Zeller, Burchard, en Allemagne ; Michaelis, en Italie ; Drepp, en Russie, et, en France, Valleix, puis Seux, de Marseille, Dubois, Nélaton, ont attaché leurs noms à la maladie dont nous nous occupons.

Nous définirons donc, avec eux et après eux, le céphalématome : un épanchement de sang, entre le périoste et l'os, épanchement de sang collecté et formant saillie au-dessus des bosses pariétales ou plus souvent d'une seule, pour les raisons que je vais vous dire.

Si vous étudiez, couche par couche, la région de la voûte du crâne, vous trouvez : 1° le cuir chevelu et au-dessous de lui du tissu cellulaire plus ou moins serré ; 2° l'aponévrose épicrânienne qui unit les muscles superficiels, frontal et occipital; 3° au-dessous le péricrâne ou périoste appliqué directement sur l'os ; 4° l'os lui-même ; 5° la dure-mère considérée comme un périoste profond et enfin, 6° les centres nerveux encéphaliques. Eh bien ! c'est entre le périoste et la face convexe de l'os que l'on trouve toujours dans les autopsies le petit épanchement sanguin dont la quantité varie de 4 à 40 grammes ou même beaucoup plus, 60, 100 et 200 grammes. Cet épanchement sanguin qui a décollé le périoste est toujours limité à cause de la constitution anatomique de la région. Si vous cherchez à dénuder l'os, en détachant le périoste, vous trouverez la chose facile sur presque toute sa surface, à cause d'une laxité particulière, notée par tous auteurs ; mais au niveau des bords de cet os, au niveau des sutures, vous trouverez le périoste adhérent intimement aux portions sous-jacentes et c'est là ce qui expliquera la limite du décollement. De plus, les vaisseaux sanguins présentent au niveau des bosses crâniennes une friabilité plus grande et se laissent facilement déchirer par le frottement. D'où épanchement sanguin liquide au début et subissant, là, tous les phénomènes consécutifs à tous les épanchements, depuis la coagulation jusqu'à la résorption. Quant à l'état dans lequel on trouve la surface de l'os, les auteurs varient dans leurs appréciations.

Tandis que Nægelé, Zeller, Hœre, l'on trouvée toujours lisse et polie, Valleix prétend l'avoir toujours vue avec son aspect fibreux et rayonné. Il y a noté un petit pointillé rouge, dû aux petites ouvertures qui donnent passage aux vaisseaux. Il y a signalé, çà et là, des rugosités, de petites productions osseuses, saillantes, irrégulières et adhérant fortement à l'os ; mais il n'y a trouvé aucune altération de la nature de celles qu'ont décrites Michælis et Paletta (carie, nécrose). Ces derniers ont aussi parlé de l'érosion de la table externe ; or, Nélaton a fort bien fait remarquer qu'à cet âge la table externe n'existait pas. Baron a trouvé une fois une fissure de l'os faisant communiquer le céphalématome avec une collection sanguine siégeant sur la dure-mère, d'où le nom que vous trouverez quelquefois dans les auteurs: céphalématome sus-méningien ou céphalématome interne. C'est là une complication rare, d'un diagnostic incertain, et que les phénomènes généraux seuls pourraient nous faire soupçonner.

Outre la raison anatomique que nous venons de signaler, qui est la même pour tous les fœtus, on peut se demander quelle est la cause de cette affection ?

Feré, en 1878, proposa de ne considérer le traumatisme que comme une cause secondaire, déterminante, n'aboutissant à la production du céphalématome que lorsqu'il existe des fissures crâniennes : aussi bien celles signalées par Gerdy que celles indiquées par Broca, ou même d'autres fissures constituées par un arrêt de développement, ou un défaut d'accolement des fibrilles osseuses qui les limitent. Que sous l'influence d'un traumatisme il se produise un écartement de la fente, ou une fracture qui allonge la fissure préexistante, le sang s'épanche entre la surface de l'os et le péricrâne, le céphalématome est constitué. A l'instigation et sous la direction de M. Pinard, Hamon fit en 1887, pour sa thèse, des expériences qui lui permirent de vérifier que, conformément à la théorie de Feré, le traumatisme seul ne suffit pas à entraîner la production du céphalématome ; qu'il faut encore que le sujet y soit prédisposé par des fissures crâniennes plus ou moins accentuées. Ces conditions remplies, le trauma-

tisme par glissement serait celui qui aboutirait le mieux à la déchirure des vaisseaux et, suivant M. Pinard, ce traumatisme par glissement se produirait surtout chez les nouveau-nés ayant de longs cheveux, par les tiraillements qu'ils peuvent exercer au cours de l'accouchement sur le cuir chevelu et les tissus sous-jacents.

Quoi qu'il en soit, voyons maintenant les caractères cliniques du céphalématome dont quelques-uns sont pathognomoniques et que nous allons retrouver chez nos petits malades. L'apparition de la tumeur n'a le plus souvent lieu que vingt-quatre ou quarante-huit heures après la naissance : ce qui déjà la différencie de la bosse séro-sanguine qui est produite avant la naissance. La tumeur dont nous nous occupons est molle, fluctuante, indolore, irréductible et ne présente, au moins dans la grande majorité des cas, aucun changement de coloration à la peau. Tumeur ne dépassant jamais les sutures ; caractère sur lequel avait insisté Nélaton, sur lequel aussi insista Pinard et dont vous savez la raison.

Quand il y a deux céphalématomes, et notre petit bébé de la Maternité nous en est un exemple type, ils sont toujours séparés par un sillon au niveau de la suture sagittale, ce qui donne au crâne, vu par derrière, un caractère natiforme. L'évolution de la tumeur, si on suit le malade pendant quelques jours, a un caractère important et sur lequel j'appelle particulièrement votre attention. Vous le constaterez chez nos deux enfants : c'est la production d'un bourrelet osseux à la périphérie de la collection sanguine qui pourrait, à un examen superficiel, faire croire à un enfoncement de l'os. Ce bourrelet sera circulaire, excepté si le céphalématome par son volume occupe presque l'os tout entier, cas où il est en forme de croissant, la continuité de ce bourrelet s'interrompant au niveau du bord de l'os, près des sutures. Bouchacourt (de Lyon), le père, n'a pas craint, tant le phénomène est constant, d'avancer cette proposition : toutes les fois qu'une tumeur du crâne, chez un nouveau-né, sera entourée d'un bourrelet osseux, on sera sûr d'être en présence d'un céphalématome.

Au point de vue clinique, vous assisterez à une augmentation de la saillie de la bosse que les parents de l'enfant n'auront pas manqué de constater et ils s'en affligeront, croyant à une aggravation de la maladie. Il faut les rassurer et les prévenir même que cet accroissement du volume de la tumeur est un phénomène naturel. La sécrétion osseuse qui aboutit sur les bords à la formation du bourrelet a son équivalent sur toute la face interne du péricrâne soulevé et le périoste va se comporter ici comme dans les cas si bien mis en lumière par Ollier, c'est-à-dire la sécrétion du tissu osseux. Sa face interne, d'abord grenue, présentera de petites aiguilles osseuses qui iront de sa face profonde à la surface de l'os, et c'est alors que ces petits amas de cellules, s'accroissant petit à petit, acquerront le volume d'une lentille et, se réunissant, transformeront le péricrâne en une lamelle osseuse, flexible, donnant la sensation d'une lame de fer blanc, ou, comme l'a fait remarquer Virchow, à de petits os wormiens. Ainsi un céphalématome dont on n'aura pas troublé l'évolution par une intervention intempestive, finira par s'entourer d'une coque osseuse.

Vous avez eu très nettement cette sensation chez nos deux petits malades. Je dois cependant vous faire observer que si celui de la Maternité reproduit le type exact du tableau clinique que je viens de vous exposer, celui de la clinique présente une variante qui ne laisse pas de nous intriguer quelque peu. En effet, voilà un céphalématome double qui en a tous les caractères, sauf un, mais peut-être le plus important. Nous sentions la fluctuation non seulement quand nous la cherchions séparément de chaque côté, mais encore d'un côté à l'autre : c'est un cas absolument rare qui ne peut s'expliquer que d'une façon. Chez ce petit malade, il y a un céphalématome double, mais il y a aussi autre chose et cette autre chose est une tumeur sanguine superposée aux céphalématomes, qui a son siège sous l'aponévrose crânienne, au-dessus du périoste. Il y a ici deux épanchements sanguins superposés et qui n'ont pas de communication en épaisseur. Pajot donne de ces tumeurs auxquelles, avec Nélaton et bien d'autres auteurs, il refuse le nom de céphalématome

sous-aponévrotique, les caractères suivants : bosse molle et fluctuante dans un point, plus ferme et plus œdémateuse à sa périphérie, ayant de la tendance à s'étaler à sa base et constituée à la naissance après un accouchement pénible. Si vous ajoutez à tous ces signes ceux incontestables qui nous ont révélé le double céphalématome chez notre bébé, vous vous rendrez compte de ce cas particulier. La fluctuation qui va ainsi d'une bosse pariétale molle à l'autre est sus-jacente à l'épanchement sanguin sous-périosté et vous vous rappelez qu'au moment de sa naissance cet enfant se distinguait par une tête très allongée. Ce dessin, où l'on a marqué par un trait la bosse sanguine, le fait ressembler à un enfant de chœur avec sa petite calotte.

Vous avez bien compris, n'est-ce-pas, qu'en parlant de cette tumeur sanguine je n'ai pas voulu entendre la bosse séro-sanguine qui s'observe dans presque tous les accouchements et qui est toujours en rapport avec la présentation et la position, et ce rapport est si constant que vous l'observez, cette bosse séro-sanguine, non seulement sur le crâne dans les présentations du sommet, mais sur la face, sur le siège ou sur le dos, suivant les présentations.

Le caractère distinctif de cette bosse séro-sanguine, c'est d'abord qu'elle n'est pas formée par du sang pur, comme le céphalématome, mais par de la sérosité sanguinolente. Ensuite elle imprègne tous les tissus et non seulement, comme l'avait avancé Tarnier, le tissu cellulaire sous-cutané. Varnier, dans une pièce congelée, a montré que la sérosité imprégnait jusqu'au périoste qui en était imbibé ; Pinard va plus loin, et, s'appuyant sur de nombreuses autopsies, affirme que l'os lui-même est imprégné jusqu'à sa face interne et au delà. Mais cette tumeur elle-même est mollasse, point fluctuante ; le doigt y laisse son empreinte, comme dans l'œdème. Elle apparaît dès la sortie du fœtus, puisqu'elle se forme avant son expulsion, et disparaît peu de temps après la naissance, un ou deux jours après. Puis, à sa disparition, jamais de bourrelet osseux ; jamais de limite, comme dans le céphalématome, au bord des os. On

peut dire, en quelque sorte, que les caractères de la bosse séro-sanguine sont juste le contraire de ceux du céphalématome. Comme genèse, elle est due à la compression circulaire à la base de la partie qui correspond au vide du bassin, dans l'engagement, et, en rapport avec le temps qu'a mis la présentation à descendre, à tourner ou à sortir. M[me] Lachapelle a très bien exposé le mécanisme de sa production, je n'y insiste pas.

Vous ne pourrez pas confondre le céphalématome avec l'encéphalocèle ou la méningocèle. Celles-ci ont toujours leur siège au niveau des sutures, là où ne siège jamais le céphalématome. Elles sont compressibles, réductibles et produisent, quand on les comprime, des phénomènes généraux, principalement du côté de la respiration, quelquefois des mouvements convulsifs. Elles sont animées de battements en rapport avec l'expansion du cerveau ou du liquide céphalo-rachidien.

Les loupes du cuir chevelu sont rares à cet âge. Elles sont d'ailleurs mobiles et dures, plus limitées ; quant aux abcès, ils s'accompagnent de rougeur à la peau, de chaleur et quelquefois de fièvre du petit malade ; la fluctuation n'a pas les limites que nous avons assignées à celles du céphalématome.

Avant de vous parler du pronostic et du traitement qui ont une grande corrélation entre eux, je dois mentionner deux complications : l'une fréquente, l'excoriation ; l'autre rare, la fracture. Cette excoriation peut avoir des conséquences graves, en ouvrant la porte à l'infection et à l'inflammation de la tumeur. Aussi conviendra-t-il de la soigner avec beaucoup de précaution, par des pansements antiseptiques, appropriés, je veux dire non toxiques pour un enfant de cet âge. La fracture nécessitera le redressement de l'os enfoncé et demande, par conséquent, une intervention immédiate et très délicate.

Quant au pronostic, il est toujours favorable depuis qu'on s'en tient à l'expectation comme traitement. La tumeur pourra bien augmenter pendant une quinzaine de jours, mais disparaîtra spontanément, deux, trois, six mois ou un an après. Quelquefois même, après un certain temps, ainsi qu'en a rapporté un cas très intéressant Kien, en 1883, à la Société de médecine

de Strasbourg, la disparition peut être brusque et surprendre l'observateur. Mais, en général, l'évolution vers la guérison est lente, parce que la vitalité des parties où s'est fait l'épanchement est relativement faible et que la collection sanguine, ne pouvant s'infiltrer dans le tissu cellulaire circonvoisin, ce qui faciliterait beaucoup sa résorption, n'est absorbée qu'avec une extrême lenteur. Il faut avoir de la patience, il faut la communiquer aux parents de l'enfant et, si jadis le pronostic, de l'avis de tous les chirurgiens, était grave, c'est à leur intervention qu'était due cette gravité. Topiques résolutifs, irritants, caustiques; compression, ponction, séton, incision, ont été conseillés et trop souvent employés, nous dirons inconsidérément. On discutait la valeur de tous ces moyens, mais on omettait l'expectation, comme moyen curatif. L'intervention, surtout avant la période de l'antisepsie chirurgicale, amenait le plus souvent des accidents sérieux et quelquefois mortels.

En 1869, Giraldès, dans sa 22e leçon clinique, après avoir présenté un premier enfant atteint de céphalématome et avoir décrit tous les caractères cliniques de la tumeur qu'on n'avait pas encore opérée, s'exprime ainsi sur un second petit malade : « L'autre dans lequel le bistouri est intervenu, sur la *foi des livres classiques*, nous a permis d'observer l'inflammation, la suppuration de la tumeur, puis consécutivement la *nécrose* d'une partie du pariétal et les autres désordres que vous avez pu constater. J'espère que cet exemple sera pour vous d'un bon enseignement ! » Et ces accidents arrivés à ce distingué chirurgien se sont renouvelés souvent entre les mains des plus habiles. Aussi depuis vingt-cinq ans, la pratique, la thérapeutique ont changé. Nous ne faisons plus rien. C'est la conduite que recommande Pinard qui a, dans ses leçons, plusieurs fois insisté sur l'abstention, comme traitement. Suivez cet exemple, vous n'aurez pas à le regretter, et prêchez cette croisade pour sauver bien des enfants qu'on voudrait encore opérer et qui vous devront la vie et la guérison.

RAPPORT

DU

DÉVELOPPEMENT MENTAL AU DÉVELOPPEMENT FONCTIONNEL

CHEZ LA JEUNE FILLE AMÉRICAINE

ANALYSE DE 12,000 CAS DE PREMIÈRE MENSTRUATION

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

Par **G. J. Engelmann, M. D.** (Boston).

Je veux présenter ici un certain nombre de données qui ont trait à la première apparition de la menstruation et qui sont de nature à jeter quelque lumière sur la question encore non résolue des causes qui la déterminent.

On sait que la race, le climat, la constitution, la taille, la santé, que toutes ces conditions influent sur l'établissement de la puberté. Toutefois, nos connaissances sont sur ce point encore vagues, et ne sont guère plus avancées que ce qu'enseignait Brière de Boismont en 1842; que les études sur la menstruation présentées au *Congrès international de médecine de Paris*, en 1868, études devenues classiques et qui, en fait, représentent nos connaissances actuelles sur la question.

Leudet (de Rouen), Lagneau fils et Joulin (de Paris), Tilt (de Londres), Faye et Vogt (de Christiania), et Meyer (de Berlin), présentèrent d'importantes statistiques, soigneusement dressées et inestimables, comprenant les résultats obtenus par de bons observateurs en des contrées diverses, en des climats variés de l'équateur au pôle. Mais ils ne firent, en somme, que confirmer l'œuvre de Brière de Boismont, et n'apportèrent que bien peu de neuf, sauf qu'ils accentuèrent davantage l'influence de l'état social.

L'influence de plusieurs causes, des habitudes, du milieu sur le développement de la puberté est mise en évidence. Mais à aucune d'elles n'est reconnue une influence prépondérante ; nul facteur étiologique n'est indiqué comme déterminant l'instauration de cette fonction importante, qui inaugure la vie sexuelle de la femme ; nul n'est souligné comme expliquant clairement les variations dans la date de la première apparition du flux menstruel.

Il en fut ainsi, je pense, parce que les données nécessaires pour une solution de cette question sont difficiles à obtenir. Les observateurs ont naturellement utilisé les documents qui leur étaient accessibles. Ces matériaux provenaient en partie de la pratique privée, surtout des hôpitaux, des dispensaires, et ils étaient invariablement groupés d'après les distinctions de classes sociales généralement adoptées. Or ces résultats, quoique corrects, sont défectueux ; les notions sur lesquelles ils reposent étant incomplètes, et la classification étant aussi incomplète. On a fait toutes les classifications possibles : géographique, climatérique, de race, sociale, anatomique et pathologique, sauf une, *psychique*.

Le facteur le plus important — *l'état mental* — a été négligé : c'est de ce facteur que je vais m'occuper ici.

Dans mes récentes études sur la menstruation avec aperçus sur l'influence des méthodes nouvelles d'éducation psychique et physique sur la santé fonctionnelle des jeunes filles en voie de développement, j'ai été fort aidé par l'intérêt actif qu'ont témoigné les personnes qui ont charge de nos grandes institutions pour l'éducation des jeunes femmes, principalement par celles qui s'occupent de l'éducation physique. De cette sorte, des données importantes et très nombreuses ont été accumulées, et des résultats multiples et intéressants qui en ont découlé, un des non moins intéressants est l'influence marquée de l'état mental, du stimulus mental et du milieu sur le développement fonctionnel.

Tous les auteurs, depuis de Boismont, signalent l'état social comme un des facteurs déterminants les plus importants du

développement précoce ou tardif de la jeune fille et de l'apparition de la première menstruation. On doit accepter cette donnée parce que, relativement, les mêmes conditions sociales se retrouvent dans les contrées diverses dont les documents statistiques sont utilisables. Cela paraît un fait hors de contestation, mais une explication n'a jamais été donnée, mais l'influence causale n'a jamais été établie. Mes observations personnelles indiquent la probabilité de semblables résultats, et expliqueront la variation de la date de la première menstruation par la variation de l'état social en Europe. Une classification basée sur la condition sociale : classes *élevée*, *moyenne*, *laborieuse*, est, dans les pays d'Europe, synonyme de degré d'éducation, de degré de développement mental. Plus élevée est la classe et plus grand est le développement de la force mentale et de l'*élément psychique*, facteur dont l'influence a été soupçonnée mais jamais établie. Emmet, dans son chapitre sur la puberté, dit : « Ce qui résulte clairement d'un pareil tableau, c'est l'influence manifeste du climat sur la précocité ou le retard de la puberté ! Mais mon impression personnelle est que *les habitudes de race qui influencent le système nerveux* sont les plùs importants facteurs dans la détermination de l'époque de la puberté, et que le climat en lui-même a peu d'influence (1). »

Les quelques auteurs qui font quelque mention de l'éducation ou du développement mental s'expriment sur ce point de la même manière. Stoltz, dans son excellent et long article sur la menstruation dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Paris, 1876, dit que « la race et la latitude sont les deux conditions qui exercent l'influence principale sur l'établissement de la puberté ; mais que dans la même race et sous la même latitude il est d'autres circonstances qui peuvent influer sur la précocité ou le retard de l'instauration menstruelle : parmi elles, la vie à la ville ou à la campagne, l'éducation intel-

---

(1) EMMET. *La pratique des maladies des femmes.* Trad. française, Paris, 1887, p. 122. R. L.

lectuelle et morale, ainsi qu'une quantité considérable d'autres conditions ».

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous trouvons une manière de voir très rapprochée : « Toutes les conditions extérieures au milieu desquelles se trouve placée la jeune fille sont susceptibles, par leur continuité, de hâter ou de retarder la première apparition de ses menstrues. La température, ou plutôt le climat, représente une de ces conditions les plus importantes. L'habitation dans les villes ou dans les campagnes, de même que le mode d'éducation et le régime alimentaire, en représentent d'autres dont l'influence n'est pas moins réelle, quoique plus restreinte. »

*
* *

J'ai cité ces travaux parce qu'ils représentent un résumé complet des vues modernes; l'influence de l'éducation et du développement mental s'est évidemment imposée à ceux qui ont étudié la question. Mais elle n'a été signalée que d'une façon vague, en quelques mots, dans des énoncés généraux, imprécis; rien de positif, aucune donnée bien établie dans la littérature sur la question.

*
* *

Développement mental, facteur primitif, déterminant la précocité ou le retard de l'instauration de la menstruation. Analyse de 12,000 cas dans les États-Unis.

La connexion intime entre le système nerveux et l'appareil de la reproduction est un des caractères de l'organisme féminin, et leur influence réciproque est des plus profondes. De même que chaque éruption cataméniale affecte fortement la personnalité mentale de la femme, ainsi l'état psychique affecte le molimen menstruel. Aussi, c'est, semble-t-il, une déduction naturelle qu'à cette période essentiellement impressionnable de la puberté l'état mental doit marquer son empreinte sur le développement fonctionnel : et cela, mes observations le démontrent par des chiffres plus élevés que ceux dont disposent

en général les observateurs, et suffisants pour être concluants.

Ces résultats sont basés sur l'examen de la première menstruation chez 12,000 femmes américaines (12,047), dont j'ai colligé moi-même 6,549 cas. Le total comprend une variété de groupements humains très différents, de l'Atlantique au Pacifique : Collège des filles de l'Est et de l'Ouest, 1,395 ; Écoles normales de régions variées de la campagne, 1,342 ; filles employées dans les magasins, 800 ; 2,315 cas concernant des femmes de la classe laborieuse d'une grande ville ont été colligés à mon dispensaire de Saint-Louis par mon ancien assistant, le Dr F.-C. Ameiss. Les classes élevées sont représentées par 697 cas de ma pratique privée à Saint-Louis ; j'en ai réuni 5,498 provenant exclusivement des observations faites antérieurement dans cette région, 2,330 de la pratique privée du Dr Emmet ; nous pouvons grouper celles-ci comme celles provenant de ma pratique personnelle en classes moyenne et élevée ; 2,503 émanent des recueils cliniques du dispensaire du Dr Chadwick, et représentent les classes laborieuses de Boston ; 665 proviennent du *College Alumnæ*, et datent de 1885.

J'examinerai les 12,000 cas, mes propres observations, avec celles que j'ai recueillies, parce que les observateurs dont elles émanent sont chez nous de très hautes autorités, les Drs A. Emmet, de New-York, et J.-R. Chadwick, de Boston, et que les résultats qu'ils ont enregistrés sont des documents tout à fait valables. Les données ainsi acquises portent sur la période de puberté chez les jeunes filles du *College Alumnæ*, consignées dans le recueil des *Health Statistics of women College Graduate*, objet d'un rapport au Comité spécial de l'*Association of Collegiate Alumnæ* et collationnés par le *Massachusets Bureau of Statistics of Labor* en 1885.

La *précocité la plus grande* de la première menstruation s'observe chez les jeunes filles dont le *développement mental est le plus élevé*, et qui vivent dans le milieu social le plus stimulant, collèges des jeunes filles, soit à 13 ans et demi. Et j'ai utilisé les 1,395 observations provenant de divers collèges, en négligeant les variations minimes, celles, par exemple, infé-

rieures à 1/10e d'année, différences qu'on est en droit de négliger si l'on songe, d'une part, aux grandes différences de climats dans les diverses régions des États-Unis, et d'autre part au fait que cette moyenne de 13,5 pour l'ensemble des cas représente aussi, en général, la moyenne de l'instauration des règles dans chaque college pris isolément. Un peu plus tard, la moyenne de 13,62 fut donnée comme date de la première menstruation pour le Collège Alumnæ, en 1885, variations dues probablement à des différences légères dans les conditions générales dans les collèges des filles et des élèves il y a quinze ans environ.

Je pense que le collège des jeunes filles représente, à l'heure actuelle, un degré plus élevé de culture qu'à cette époque. D'autre part, on peut encore se demander si, à culture égale, la rapidité croissante, la hâte, les raffinements de la vie moderne ne conduisent pas lentement à la formation plus précoce de la jeune fille.

La puberté s'établit, à la « Normal School » des jeunes filles, à 13,8. On rencontre là des conditions d'existence plus modestes, avec un stimulus mental moindre. Le milieu domestique ne réunit pas probablement les mêmes conditions de confort et de culture que celui correspondant pour le « collège » des jeunes filles. Le chiffre sur lequel sont basées les observations est de 1,342. Il est suffisamment élevé pour justifier des conclusions, d'autant mieux que la date de la première menstruation pour cette classe est la même pour l'Est et pour l'Ouest; qu'en outre, cette moyenne de 13,8 reste la même pour chaque école prise isolément, à deux exceptions près, l'une correspondant à une précocité, l'autre à un retard un peu plus grand, les deux fournissant, d'ailleurs, la même moyenne générale.

Vient ensuite le groupe des jeunes filles qui travaillent dans les grands magasins, soit 800, avec, comme âge des premières règles, 14 ans. A première vue, ce chiffre paraîtra indiquer un écart avec les autres observations. Mais il faut comprendre que ces données concernent des jeunes femmes employées dans des maisons d'affaires importantes, dont les employées repré-

sentent les sujets les meilleurs, c'est-à-dire les plus cultivées des jeunes filles qui travaillent, beaucoup ayant eu les avantages d'une éducation scolaire élevée, et toutes ayant bénéficié de la vie scolaire de 6 à 10 ans. En outre, ce sont surtout des jeunes filles élevées à la ville ; aussi observe-t-on une puberté précoce. Les classes moyennes et jusqu'à un certain point la classe élevée sont représentées par la pratique privée du Dr Emmet, 2,330 cas, et par la mienne, 697 cas. Les cas du Dr Emmet sont ceux analysés dans son livre : *Principles and Practice of Gynecology*, et proviennent des classes sociales les plus heureuses, avec l'avantage de l'intelligence, en sorte que les renseignements obtenus peuvent être tenus pour valables. Mais, sous le rapport du développement moral et du degré de l'éducation, rien n'est noté. Pour ma part, d'ailleurs, je n'ai pas non plus de données statistiques à fournir sur ce point eu égard à mes propres observations, parce qu'elles datent d'une époque très antérieure à celle où je songeai à procéder à une semblable investigation.

Les cas du Dr Emmet proviennent de chaque portion des États-Unis et probablement, pour une bonne part, de New-York même, et l'âge moyen de la menstruation est 14.23. Mes observations viennent de la vallée du Mississipi, particulièrement des États du Sud-Ouest, durant ma pratique à Saint-Louis, et l'instauration de la puberté doit sembler retardée, car l'âge moyen est 14.8, c'est-à-dire plus tardif que celui obtenu à mon dispensaire. Cela serait fait pour surprendre s'il n'y avait pas cette particularité que, parmi les sujets observés dans la pratique privée, un petit nombre seulement ont été élevés dans les grandes villes, que la plupart viennent de petites villes, principalement du Sud-Ouest, et spécialement de villes de la campagne renfermant un grand nombre de sujets d'hérédité germaine, chez lesquels le développement fonctionnel est toujours un peu retardé, particularité mise en évidence par les statistiques allemandes et déjà notée par les Anciens (Tacitus, De moribus *Germanorum*). Les résultats du Dr Emmet englobent probablement, sous l'étiquette « les classes les plus fortunées » (the better

classes), les classes moyenne et élevée, et comprennent 3,027 cas avec l'âge moyen de la première menstruation, 14,23. Malheureusement, il n'y a pas de données concernant l'état mental, et nous ne pouvons les comparer qu'avec les statistiques dressées pour les classes dites en Europe « moyenne et élevée ».

Les cas qui viennent de mon dispensaire correspondent à ce que les observateurs étrangers dénomment « classe laborieuse », et on doit certainement la considérer comme étant de la mentalité la moins élevée. C'est la classe à propos de laquelle on a pu rassembler sur ce point spécial, à cause de la facilité fournie par les observations hospitalières et cliniques, le plus de données, et je suppose que mes observations personnelles ne doivent présenter aucune différence avec celles d'autres observateurs sous le rapport de l'éducation et de la culture intellectuelle; mais l'ouvrier américain est mieux nourri que l'ouvrier d'Europe. Toutefois, je dois ajouter que dans ce groupe rentrent un certain nombre de cas de la pratique privée du D[r] Ameiss, pas assez nombreux toutefois pour modifier les résultats d'ensemble; qu'en outre, bon nombre des sujets sont de descendance germaine. Sous ce seul rapport, ces faits diffèrent de ceux qui émanent du dispensaire du D[r] Chadwick, à Boston, parmi lesquels l'élément irlandais domine. Il faut bien comprendre que des deux statistiques est systématiquement exclu tout sujet né à l'étranger, et qu'en parlant de Germain et d'Irlandais je n'ai en vue que les sujets nés en Amérique, mais d'origine étrangère.

Les résultats obtenus montrent combien, sous le point de vue spécial qui nous occupe, est faible l'influence des caractères de race ou d'hérédité. L'âge moyen pour l'instauration des règles au dispensaire de Boston, où parmi les sujets de descendance étrangère l'élément irlandais domine, 2,503 cas, est 14,32, chiffre si rapproché du mien, 14,23, pour la classe laborieuse à Saint-Louis, dans laquelle l'emporte l'élément germain, à peine une différence de 1 dixième d'année, que j'ai combiné les deux statistiques, 4,818 cas provenant de la classe laborieuse,

avec 14,27 comme âge moyen du développement de la puberté.

Considérons maintenant, brièvement, les 14,449 cas rassemblés par les observateurs européens, statistiques dans lesquelles il n'y a que des distinctions de classes, sans aucune mention de l'état mental.

Pour l'Angleterre, Tilt trouve, avec 1.000 cas, 13,55 comme âge moyen de la première menstruation pour la classe élevée et 14,35 pour la classe moyenne. En fait, mêmes conditions ont été examinées par de Boismont à Paris, en 1842 (1,200 cas), par Leudet, à Rouen, en 1868 (1,176 cas). De Boismont donne 13,6 comme âge moyen du développement de la puberté dans la classe élevée ; 14,5 dans la classe moyenne et 14,84 dans les classes laborieuses et pauvres des villes ; pour le paysan, 14,8. Krieger, à Berlin, donne une proportion très rapprochée (550 cas) : 14,1 dans la classe élevée, 15,5 dans l'inférieure, et 16,8 dans les classes laborieuses. Mayer (425 cas) obtient des résultats très rapprochés, de même Ravn, en Danemark, et Weber, à Saint-Pétersbourg, comme il ressort du tableau ci-joint.

Je noterai seulement que dans toutes les statistiques le développement de la puberté est d'un peu, de très peu, plus précoce chez la paysanne que chez la femme des villes qui travaille, sans doute en raison de la nourriture insuffisante et de l'âpreté, de la dureté de la lutte pour l'existence qui fatigue et surmène les classes laborieuses des grandes villes.

La distinction dans ce pays est faite *non d'après la classe* ou la fortune, mais d'après l'*éducation*, le développement de la vie fonctionnelle apparaissant le plus tôt dans les collèges et les écoles normales, et le plus tard dans la pratique privée comme dans la clientèle des dispensaires, c'est-à-dire aussi tard dans la classe moyenne que dans la classe laborieuse.

L'écart le plus grand entre les extrêmes, c'est-à-dire entre l'apparition la plus précoce et la plus tardive des premières règles, dans les 12,000 cas recueillis ici, dans les États-Unis, est inférieur à un an, c'est l'écart de 13,5 à 14,32, particularité qui établit nettement la conformation plus homogène de notre

population, et qui tient peut-être à ce que l'ouvrier américain est mieux nourri, tandis qu'aux grandes classifications établies en Europe correspondent des écarts beaucoup plus grands, au delà de deux ans, pour la date du développement fonctionnel dans le vieux monde.

Dans l'hémisphère oriental, on constate une différence frappante dans la date de la première menstruation dans la classe élevée et dans les classes inférieures. Abstraction faite de la race, du climat, de la nationalité, la même relation, le même rapport, eu égard à la date de la puberté, se retrouvent toujours si l'on compare les différentes classes de la société : aux classes élevées, noble et riche, correspond la menstruation la plus précoce ; viennent ensuite, par ordre, la classe moyenne, la classe laborieuse et pauvre des villes, la menstruation se montrant même un peu plus tôt chez la paysanne que chez l'ouvrière des grandes villes, l'action stimulante de ce dernier milieu étant contre-balancée et déprimée par l'influence de la vie dure, pénible, et par l'âpreté de la lutte pour l'existence. Plus accentuées sont les distinctions sociales et plus grandes sont les variations dans la date des premières règles.

Dans notre pays, l'éducation et les habitudes de vie, le milieu social constituent les causes déterminantes : climat, latitude, altitude, santé générale, taille, constitution, hérédité, conditions sexuelles, milieu domestique et social, toutes ces conditions possèdent leur part d'influence, toutes interviennent dans le développement fonctionnel ; mais aucune d'elles n'est capitale, prépondérante ; l'action de chacune est graduée par des conditions concomitantes.

La race est un facteur important dans la détermination de la première menstruation, mais seulement parce que ce facteur *est en connexion avec les coutumes et le mode de vie, avec l'état mental et nerveux*. Aux États-Unis, nous voyons combien vite s'affaiblit cette influence de race et combien vite elle cède à l'influence puissante du stimulus nerveux et mental, lequel prédomine et réduit à un rôle très secondaire toutes les autres conditions. C'est là un fait qui peut être nettement

démontré dans ce pays où plusieurs races sont rassemblées, et où elles ont perdu ce qui, dans leur pays propre, était le caractère de la race sous le rapport du développement de la puberté.

En Hongrie, où plusieurs races se trouvent réunies, et où les caractères propres à la race persistent, se conservent, on constate aussi, dans la même région, sous la même latitude, chez des peuplades de races diverses, des différences sous le rapport du développement de la puberté. Il n'en est pas de même dans notre pays, où l'émigrant ne conserve pas les coutumes de sa race, de sa nationalité, et où il s'identifie avec la population autochtone. Aussi, avec le changement dans les habitudes, dans l'état mental et social, se produit un changement dans le développement de la puberté quoique, sous d'autres rapports, les caractères se conservent. Bien qu'on ait cité les juifs comme offrant un exemple évident de la puissance de ce facteur, « la race », et de sa persistance en dépit de tous les changements de résidence, cette particularité ne se maintient qu'avec le concours persistant de toutes les autres conditions, habitudes, mode de vie, état social. De même, l'influence du climat, qu'on a de tout temps tenu pour un facteur important dans la détermination du moment de la puberté, est sujette à variations; elle est également subordonnée à plusieurs conditions, et dominée par l'influence du stimulus nerveux et de l'état mental : la puberté est plus précoce chez les Françaises du Canada que chez les jeunes filles habitant la France, et cela, bien que le climat soit plus rude et plus froid; abstraction faite de cette condition, nous constatons un développement plus précoce par la raison que le stimulus mental est plus vif, que la vie nerveuse est plus intense sur le continent américain.

On peut accorder à l'état social une grande importance quand il s'agit d'apprécier certaines conditions dans les pays européens; cela est démontré par tous les observateurs de ces contrées avec une concordance admirable dans les résultats.

Mais l'influence de l'état social est minime aux États-Unis, comme il ressort de la comparaison de l'âge moyen de la première menstruation dans la clientèle de la pratique privée et dans la clientèle des dispensaires.

Tilt dit que la précocité est le résultat du relâchement et de l'affaiblissement de l'organisme par l'excès du confort, la débauche, les habitudes trop raffinées et débilitantes des civilisations trop avancées. A la vérité, ce sont bien là des conditions qui tendent à hâter le développement de la puberté, mais aucune d'elles ne possède une influence prépondérante, capitale.

Chacune d'elles mérite d'être prise en considération ; mais de toutes, la plus importante, c'est l'influence nerveuse : c'est l'état mental, le développement mental, l'activité mentale, le stimulus nerveux, qui représentent le facteur prédominant, essentiel parmi les conditions qui influent sur l'établissement de la puberté.

Age de la 1re menstruation aux Etats-Unis (12,047) cas.

PUBLIÉS PAR	CLASSE	NOMBRE DE CAS	AGE MOYEN DE LA PUBERTÉ
—	—	—	—
Engelmann...........	College Student.......	1.395	13.5
« Alumnæ Assoc. » ...	« College Alumnæ, » 85.	665	13.62
Engelmann...........	Normal School........	1.342	13.8
Engelmann...........	Dans les affaires	800	14.0
Engelmann...........	Clientèle des dispensaires	2.315	14.23
Emmet...............	Pratique privée.......	2.330	14.23
Engelmann...........	— —	697	14.3
Chadwick	Dispensaires.........	2.503	14.32

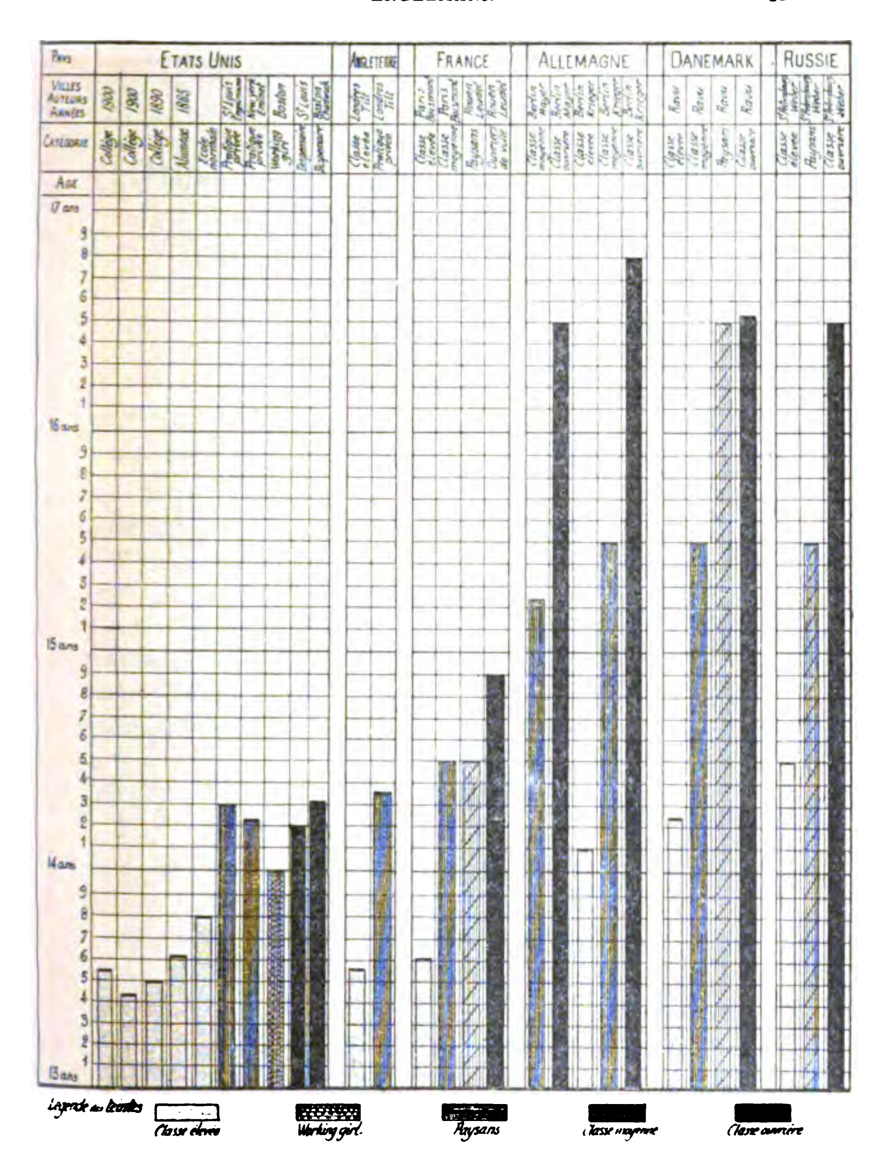
RÉCAPITULATION

Moyennes générales

CLASSE	NOMBRE DE CAS	AGE MOYEN DE LA PUBERTÉ
College	2.060	13.52
Normal School	1.342	13.8
Dans les affaires	800	14.0
Classes élevées	3.027	14.23
Pratique privée	.....	.....
Classes laborieuses	4.818	14.27
Dispensaires	.....	.....

Age de la 1re menstruation en Europe (1,449) cas.

PUBLIÉS PAR	LIEUX	NOMBRE DE CAS	CLASSE ÉLEVÉE	CLASSE MOYENNE	CLASSE OUVRIÈRE VILLES	CAMPAGNE PAYSANS
Tilt	Londres	1.000	13.55	14.35	.....	.....
De Boismont	Paris	1.200	13.6	14.5	14.84	14.8
Leudet	Rouen	1.178	13.7	.....	14.9	14.5
Krieger	Berlin	550	14.1	15.5	16.8	.....
Mayer	Berlin	4.250	.....	15.23	16.5	.....
Ravn	Danemark	4.000	14.25	15.5	16.52	16.5
Weber	St-Pétersbourg	2.371	14.5	.....	16.5	15.5


Pays
Etats Unis
Angleterre
France
Allemagne
Danemark
Russie
Villes Auteurs Années
Catégorie
Age
17 ans
16 ans
15 ans
14 ans
13 ans
Classe élevée
Working girl.
Paysans
Classe moyenne
Classe ouvrière

ANESTHÉSIE RACHIDIENNE PAR LA COCAINE

APPLIQUÉE AUX ACCOUCHEMENTS

Par le Dr **J. Dupaigne.**

Je me suis occupé, depuis le mois de février 1900, de l'application aux accouchements de l'anesthésie rachidienne par la cocaïne.

Mon maître, M. Tuffier, m'en a donné l'idée et a lui-même dirigé et conseillé mes recherches.

J'ai d'abord vérifié sur les animaux la possibilité et l'innocuité du procédé.

A priori, deux conditions sont indispensables pour obtenir un résultat : l'indépendance de la contraction utérine et l'extension de l'anesthésie aux douleurs propres à cette contraction. Car il était à prévoir, d'après les observations de la chirurgie générale, que les autres douleurs pelviennes et périnéales seraient abolies.

L'anesthésie rachidienne, si elle altère dans une proportion variable la contraction volontaire des muscles, respecte complètement la contraction utérine. L'indépendance des ganglions nerveux rend compte de ce fait.

De diverses expériences possibles, je citerai la suivante, facile à répéter :

On injecte à une lapine pleine, proche du terme, une dose quelconque, même exagérée, 1 à 2 centigr. par exemple, produisant une intoxication grave. On trouve facilement le canal lombaire en piquant au niveau de l'angle supérieur du bord postérieur d'une apophyse épineuse. Ce point correspond à l'espace situé au-dessous de la vertèbre suivante.

Si alors on introduit par force l'index dans l'utérus, aussi loin que possible, jusqu'au confluent des deux cornes qui contiennent les fœtus, on sent à maintes reprises les contractions assez énergiques, régulières, péristaltiques, donnant la sensation d'un anneau qui se déplace le long du doigt.

Mes premières tentatives chez la femme, insuffisantes comme anesthésie, tant à cause de la qualité de l'alcaloïde que par suite de mon manque de technique pour la ponction, ont confirmé ce respect de la contractilité utérine. Mais elles ont ajouté cette notion que, même avec un trop léger degré d'analgésie, la durée et la fréquence des contractions sont régularisées. Quand, avec un bon liquide et de bonnes ponctions suivant le procédé de Tuffier, j'ai obtenu l'anesthésie absolue, voici comment s'est comporté le muscle utérin. La durée et l'intensité étant à la fois régularisées et augmentées, les intervalles étant plus courts et plus égaux, le travail s'est trouvé moins long qu'on ne pouvait le prévoir. Cela permet, dans l'avenir, d'espérer en général la diminution de la durée de l'accouchement, quand il n'existera aucune cause de dystocie.

La seconde question a été résolue d'une manière entièrement satisfaisante. L'anesthésie est complète pour toutes les espèces de douleurs de l'accouchement : douleurs de contraction utérine et de dilatation du col, irradiations lombaires, compressions pelviennes et périnéales, distension vulvaire, déchirures, crampes musculaires des membres inférieurs, expression manuelle, toucher, lavages, sutures s'il y a lieu, et s'étendra vraisemblablement à toutes les opérations obstétricales.

En un mot, l'accouchement peut être idéal pour la femme. Nous verrons s'il en est de même pour le médecin.

Il est permis d'affirmer que cette méthode d'anesthésie, encore perfectible assurément, peut être telle quelle appliquée avec succès à un bon nombre d'accouchements. Nons n'avons pas à nous occuper des phénomènes d'ordre toxique ni des contre-indications, qui ressortissent à la chirurgie générale. En dehors des difficultés d'application, qui ne s'adressent qu'au médecin, un seul obstacle existe actuellement à la générali-

sation : c'est la brièveté de l'anesthésie, qui a une durée moyenne de deux heures et maxima de quatre heures, auxquelles elle arrive très rarement. C'est largement suffisant pour la chirurgie, c'est peu pour l'obstétrique. Mais, pour ne pas trop nous en effrayer, examinons deux observations choisies comme cas types, ayant trait à une primipare et à une multipare.

La multipare est à sa 5e grossesse. L'une des précédentes n'ayant pas été menée à terme, restent trois accouchements normaux, par le sommet, d'une durée variant de trois à cinq heures, tous trois suivis de tranchées utérines très prolongées, mais sans aucun accident.

La grossesse actuelle n'a présenté qu'une alerte indiquant une insertion basse du placenta (ce qui a été confirmé après l'accouchement), mais s'est bien passée.

Bonne présentation du sommet en OIDA, excellent état général. Les douleurs ont commencé à six heures et demie du soir. Une heure après, la poche des eaux est ouverte et la dilatation au diamètre de la main. Les douleurs sont irrégulières, de peu de durée et à des intervalles très variables. A huit heures exactement, injection de 1 centigr. 75. Immédiatement après, les douleurs cessent complètement d'être perçues. Mais la main placée sur le ventre sent nettement les contractions, qui deviennent très régulières et se prolongent beaucoup plus. A huit heures dix il y a conscience de la descente de la tête, puis de l'effort musculaire utérin, qui aussitôt donne le besoin de pousser, identique à celui d'une défécation. D'ailleurs, si le besoin n'était pas spontané, on pourrait commander l'effort en temps utile en surveillant l'utérus par la main placée sur le ventre.

A huit heures quinze, la tête paraît à la vulve, dont la dilatation est sentie en tant que contact et mouvement, avec une légère douleur pendant quelques secondes, au moment de l'écartement maximum des grandes lèvres. L'expulsion est complète à huit heures vingt.

Après l'ascension et la descente de l'utérus, une expression

manuelle avec traction légère terminent la délivrance à huit heures quarante sans éveiller aucune sorte de sensation.

Depuis la fin de l'accouchement, des crampes musculaires sont perçues dans les jambes à titre d'effort musculaire, contrôlable à la main, sans aucune douleur ; même sensation pour les tranchées utérines après la délivrance. Deux heures plus tard, la sensibilité étant revenue, ces tranchées sont devenues douloureuses, ce qui était à prévoir, et identiques à celles des autres accouchements.

Sans doute, parce que le cas était favorable, l'insertion basse du placenta n'a donné lieu à aucun écoulement sanguin exagéré ; la quantité totale paraissait même assez faible pour un accouchement normal. M. Doléris a aussi parlé de ce fait.

La rétraction a été postérieurement très bonne.

Une telle observation est intéressante par les comparaisons subjectives de la parturiente avec les accouchements antérieurs.

Comme phénomènes toxiques, nous n'avons à signaler que deux vomissements et la céphalée de la nuit, ce qui est déjà bien connu.

Non moins intéressant est le cas suivant, d'une primipare :

Pauvre ouvrière, bien portante, travaillant jusqu'à la veille. Grossesse très normale, bonne présentation en OIGA.

Les premières douleurs commencent à 7 heures du matin. Prévenu à 4 heures de l'après-midi, je trouve la dilatation à 5 centim. à peine. Les douleurs sont très pénibles, mais trop courtes. Je fais aussitôt la ponction avec l'idée de la renouveler au retour de la sensibilité si la durée de l'accouchement est très longue. Disparition immédiate de toute douleur, prolongation des contractions utérines, perception de l'effort, besoin de pousser comme pour une défécation, tout cela nous est déjà connu. En cinquante minutes s'achèvent la dilatation du col, la rupture de la poche, la descente et l'expulsion. Pourtant le périnée est ferme, la vulve est petite, la tête grosse, à telle enseigne que la fourchette subit une déchirure allant jusqu'à 15 millim. de l'anus.

Un quart d'heure après, la délivrance est achevée sans aucune

sensation, le nettoyage complet, et un peu plus tard le dernier fil de suture est passé deux heures et demie après la ponction, indiquant que la sensibilité commence à peine à revenir.

Comme intoxication, nous n'avons ici que le vomissement et un ralentissement du pouls jusqu'à 60. Une injection de caféine dans la cuisse, non perçue par conséquent, arrête rapidement la nausée.

Est-ce à dire que tous les accouchements doivent avoir une pareille accélération? Nous n'en sommes, hélas, pas encore là. Mais comme nous avons un appoint sérieux avec ces deux heures de tranquillité, c'est sur ces deux heures qu'il faut tabler pour décider du moment de la ponction.

La période d'expulsion, la plus nécessaire à calmer, et aussi la plus favorable au succès à cause de sa durée moyenne peu étendue, présente l'inconvénient d'une difficulté très grande pour obtenir l'immobilité du sujet. Il est donc plus facile de piquer pendant la dilatation. Mais à quel moment ? L'expérience sera longue à faire.

Contentons-nous seulement d'observer que Tuffier, au début de ses recherches, a fait dans un cas de retour prématuré de la sensibilité, pendant une cure radicale de hernie, une seconde piqûre sans que l'intoxication ait été même un peu plus élevée. (Le sujet demeure à Louveciennes, on peut l'interroger.) Nous n'hésiterons donc pas à récidiver dans un accouchement trop long, à la condition de nous en tenir aux doses faibles, et nous nous permettrons de ne pas attendre, pour la première ponction, la fin de la dilatation si les douleurs sont déjà pénibles.

Moins embarrassante est la trop grande rapidité de l'accouchement, ou l'arrivée trop tardive du médecin. Car là les regrets sont purement platoniques. On jugera, avec l'habitude, si l'on a, ou non, le temps d'agir utilement.

Nous avons vu que l'immobilité est souvent difficile à obtenir. Elle devient impossible si, aux douleurs d'une femme déjà énervée, surtout si elle accouche « par les reins », nous ajoutons la douleur de la piqûre avec une fôrte aiguille de 8 centimètres. Les mouvements de défense peuvent devenir dangereux ; j'ai

éprouvé, au début, plusieurs échecs pour cette seule cause. Je considère comme nécessaire, et heureusement suffisante, l'anesthésie préalable et absolue de la région, à l'aide d'une injection intra-dermique de solution au centième, faite avec une aiguille fine, au point d'élection. Pour plus de sûreté, on peut infiltrer deux points, de part et d'autre de la ligne médiane, afin de pouvoir faire immédiatement une deuxième ponction si la première est « blanche », ce qui est rare.

J'affirme que cette injection préalable est absolument sans douleur si on la fait bien dans le derme, et qu'elle procure une ponction parfaitement supportable. De plus, elle n'introduit qu'un demi-centigramme, un tout au plus, dans la circulation générale, ce qui est insignifiant au point de vue toxique.

La qualité du liquide est très importante. Il doit être de date récente et préparé avec un grand soin pour obtenir l'asepsie sans détruire les propriétés anesthésiques de la cocaïne. Bien des échecs ont été causés par la stérilisation à température trop élévée. Les résultats dépendent du choix de l'origine de la solution.

Je ne parle pas, bien entendu, de la technique de la ponction. ni des phénomènes toxiques.

Les enseignements publiés par M. Tuffier sont suffisamment connus. La position assise est certes plus commode, mais difficile à garder si le travail est avancé, à fortiori si l'expulsion est commencée. Il faut alors se contenter du décubitus latéral, mais renoncer à l'incurvation du dos. Dans bien des cas on pourra, si l'on veut, surélever le corps en demi-décubitus, pour augmenter la pression dans le cul-de-sac arachnoïdien. Pour l'accouchement dans la position de Sims, qui peut-être augmenterait encore les délais, je laisse la parole aux Anglais.

Il va de soi que l'asepsie la plus absolue est de rigueur, et qu'il ne faut rien tenter dans un milieu sale.

Il ne m'appartient pas de discuter l'avenir de ce procédé.

Ses deux défauts sont de ne pouvoir être mis entre toutes les mains et de ne pouvoir s'appliquer à tous les cas.

Il est encore très perfectible, mais tel qu'il est il possède plusieurs avantages précieux.

Le médecin n'a pas besoin d'aide et peut, après la petite opération, s'occuper exclusivement de l'accouchement ; la parturiente conserve la conscience parfaite ; l'anesthésie est immédiate, plus rapide même que dans les cas de chirurgie générale ; les contractions utérines sont meilleures, la rétraction avant et après la délivrance très bonne, d'où moindres pertes de sang, ce que le chloroforme est bien loin de donner ; enfin et surtout la femme ne sent rien. Concédons que la durée n'est pas longue, c'est notre seul regret ; mais voici un point de vue bien autrement important.

Seul, sans perdre de temps à chercher un confrère, ce qui aurait lieu pour le chloroforme à dose chirurgicale, le médecin peut faire d'urgence les opérations obstétricales les plus douloureuses.

Il y aura lieu de réserver au chloroforme les cas où l'on veut délibérément abolir la contraction utérine. Mais les autres, les plus fréquents, où cette contraction est utile à conserver, seront, j'en ai la conviction, le triomphe de la nouvelle méthode.

LES INFECTIONS SANGUINES CHEZ LES NOURRISSONS

Par **Marcel Delestre**,
Interne des hôpitaux.

Durant mon année d'internat dans le service du professeur Hutinel à l'hospice des Enfants-Assistés, j'ai recherché la fréquence des infections sanguines chez les enfants en général, chez les nourrissons en particulier, et principalement chez les enfants nés avant terme, sujets dont je m'occupais plus spécialement.

Ce sont les résultats de ces recherches que j'apporte à la Société.

Voici dans quelles conditions elles ont été faites :

Lorsqu'un enfant me paraissait suffisamment malade pour penser que sa mort pût survenir dans un délai de quelques jours ou de quelques heures, je prélevais chez lui 2 centim. cubes de sang environ de la façon suivante :

Procédant absolument comme s'il s'agissait d'une intervention chirurgicale, je commençais par une désinfection scrupuleuse de mes mains. Je savonnais et brossais ensuite énergiquement la pulpe du gros orteil de l'enfant; puis, savonnage à l'alcool et à l'éther, et petite incision avec un bistouri aseptique.

J'aspirais au moyen de pipettes stérilisées le sang sortant de la petite plaie, jusqu'à ce que j'en eusse retiré 2 centim. cubes environ.

Je répartissais ensuite ce sang dans quatre tubes, deux de gélose nutritive et deux de bouillon, et je mettais à l'étuve à 37°.

Je répétais cette petite opération sur le même enfant les jours suivants, lorsque cela m'était possible.

Enfin, lorsque l'enfant mourait, je prélevais dans le cœur une

certaine quantité de sang que j'ensemençais également sur gélose et en bouillon.

Dans un certain nombre de cas, où je n'avais pas pu prendre de sang durant la vie, je me suis contenté de cette prise de sang dans le cœur aussitôt après la mort.

Peut-être me reprochera-t-on dans mes expériences la prise du sang au gros orteil ; je tiens à répondre d'avance à cette objection qui a d'ailleurs été faite à d'autres qu'à moi ayant usé du même procédé :

Il est impossible, a-t-on dit, de désinfecter complètement la peau, et il reste toujours dans l'épaisseur du derme quelques germes qui seront recueillis au passage par le sang. A quoi je répondrai :

1° Que je ne crois pas qu'il soit impossible de désinfecter absolument la peau, surtout celle des enfants ;

2° Que, pour faire ces prises de sang, le seul autre moyen serait de puiser directement dans une veine. Ce moyen, fort difficile chez les enfants étant donné le calibre des vaisseaux, a cependant été employé quelquefois dans le service du professeur Hutinel, en ponctionnant à l'aide d'une seringue de Pravaz le sinus longitudinal dans les heures précédant la mort. Mais, pour y parvenir, il est encore nécessaire de traverser le derme dont on a précisément suspecté l'asepticité. Ce procédé n'aurait donc pas d'avantage sur le premier.

Quant à celui qui consiste à faire une pointe de feu sur la peau au point que l'on a l'intention de ponctionner, il ne me paraît pas donner plus de garanties, à moins de traverser toute l'épaisseur du derme, ce qui serait un traumatisme inutile et cruel.

Je pense que le procédé que j'ai employé soit le seul praticable.

Pour lui donner, d'ailleurs, toute sa valeur, voici les garanties dont je me suis entouré :

J'ai tout d'abord, avant d'entreprendre ces expériences, essayé avec 5 enfants absolument sains. Aucun des tubes ensemencés avec leur sang n'a poussé.

En second lieu, au cours de mes expériences, chaque fois que mes tubes de sang pris pendant la vie ont cultivé, je n'ai jamais classé un résultat unique comme suffisant et définitif, et j'ai toujours repris du sang au même enfant dans les jours suivants. S'il m'est arrivé, une ou deux fois, de ne pas pouvoir reprendre de sang, ou de ne pas retrouver le germe qui avait poussé au premier ensemencement, j'ai considéré mon expérience comme nulle, et je ne l'ai pas classée.

D'ailleurs j'ai comme critérium que, chaque fois qu'il m'a été donné de pouvoir faire l'autopsie d'un enfant dont le sang avait cultivé dans les jours précédents, j'ai toujours obtenu la même culture avec le sang puisé directement dans le cœur peu après la mort.

Je crois, par conséquent, m'être entouré de garanties suffisantes pour que mes expériences résistent aux objections. En voici les résultats :

Sur 40 enfants de quelques jours à 4 ans supposés infectés, et pour lesquels j'ai fait l'examen bactériologique du sang, *32* sont morts et *8* ont vécu.

Sur les *8* qui ont vécu 7 m'ont donné des résultats négatifs ; un seul m'a donné à 3 ensemencements successifs le bacille de Pfeiffer.

Sur les *32* enfants qui sont morts j'ai eu *10* résultats négatifs, *22* résultats positifs.

Les 22 résultats positifs peuvent être classés de la façon suivante :

1° 5 enfants dont le sang a été ensemencé seulement pendant la vie, à plusieurs reprises, mais dont l'autopsie n'a pu être pratiquée ;

2° *9* enfants, dont le sang a été ensemencé pendant la vie et après la mort ;

3° *8* dont le sang a été ensemencé seulement immédiatement après la mort.

Les microorganismes rencontrés sont, par ordre de fréquence :

Streptocoque... .... 8 fois

Staphylocoque	5 fois
Colibacille	5 —
Pneumocoque	1 —
Pfeiffer	1 —
Coli et Pfeiffer	1 —
Coccobacille indéterminé	1 —

En considérant maintenant l'âge de ces enfants, j'ai remarqué la grande fréquence des infections sanguines chez les prématurés, et je considère comme tel tout enfant pesant moins de 2,000 grammes.

J'ai ensemencé le sang de *21* prématurés paraissant infectés :

2 ont vécu ;

19 sont morts.

Les deux qui ont vécu et dont l'ensemencement a été négatif peuvent être éliminés comme n'étant certainement pas infectés.

Restent donc les *19* morts.

Sur ces *19* prématurés morts :

15 avaient des microbes dans le sang ;

4 n'en avaient pas.

Ce qui donne un pourcentage de 73,5 p. 100.

On peut ranger ces résultats, comme précédemment, en 3 catégories :

1° *3* enfants dont le sang a été ensemencé seulement pendant la vie;

2° *6* enfants dont le sang a été ensemencé pendant la vie et à la mort;

3° *6* dont le sang a été ensemencé seulement après la mort.

Sur ces 15 infections sanguines, j'ai observé :

Streptocoque	6 fois
Colibacille	5 —
Staphylocoque	1 —
Pneumocoque	1 —
Pfeiffer	1 —
Coli et Pfeiffer	1 —

Il semble donc, d'après ces résultats, que les prématurés soient surtout sensibles à l'action du streptocoque et du bactérium coli, et moins à l'action du staphylocoque, tandis que la susceptibilité à l'égard de ce dernier microbe deviendrait plus grande chez les nourrissons âgés de quelques mois.

Il est, d'autre part, intéressant de voir, en passant des prématurés pour arriver aux enfants de 4 à 5 ans, la progression décroissante véritablement mathématique de ces infections sanguines.

Très fréquentes chez les premiers, puisque nous les avons trouvées dans 73,5. p. 100 des cas, elles diminuent à mesure que les enfants avancent en âge et deviennent, chez ceux de 5 ans comme chez les adultes, excessivement rares.

A quoi peut-on attribuer ce fait?

Les muqueuses intestinale et pulmonaire, dit le professeur Hutinel, sont chez les nouveau-nés de larges surfaces d'absorption mal défendues et bien faites pour se laisser pénétrer par les germes.

Ce sont évidemment l'intestin et le poumon les deux portes d'entrée les plus fréquentes des germes morbides qui passent de là dans la circulation.

Ajoutez à cela, chez eux, la plaie ombilicale au niveau de laquelle les microorganismes pénètrent pour ainsi dire directement dans la circulation par les vaisseaux ombilicaux.

Cette généralisation sanguine se fait avec une facilité et une rapidité remarquable chez les prématurés.

La mort survient habituellement chez eux en vingt-quatre heures, quarante-huit au maximum, à partir du moment où ils ont des microbes en circulation dans le sang. J'en ai même vu mourir en cinq et six heures, pris absolument en bonne santé. Il s'agit là de véritables septicémies.

Un autre fait des plus curieux m'a encore frappé au cours de ces expériences. Chaque fois que je faisais une petite prise de sang chez ces enfants, et particulièrement chez les prématurés, il se produisait une amélioration de l'état général passagère, mais des plus manifeste, et ce fut pour moi une révélation lors-

qu'un de ces enfants, qui était mourant et à qui je pris un peu de sang pour l'ensemencer, se rétablit ensuite complètement.

De là à employer cette saignée comme moyen thérapeutique il n'y avait qu'un pas, et, depuis plus d'un an que M. Hutinel a bien voulu me confier la direction de son pavillon de prématurés aux Enfants-Assistés, je l'ai employé avec un succès véritablement étonnant. Lorsque je n'ai pas eu de guérison, j'ai toujours obtenu une amélioration immédiate et souvent assez durable. Je compte d'ailleurs faire de ces faits détaillés le sujet d'une autre communication.

Cette saignée chez des enfants de 1,800 à 2,000 grammes peut être faite soit par petites soustractions de 2 à 3 centim. cubes, soit, dans les cas graves, en prélevant d'un seul coup 15 à 20 centim. cubes de sang, ce qui équivaut, chez un adulte, à une saignée de 6 à 800 grammes.

J'ai vu avec ce moyen des enfants cyanosés, froids et absolument mourants, ressusciter positivement sous mes yeux.

Ces saignées seront, bien entendu, suivies immédiatement d'une injection de 20 à 30 centim. cubes de sérum artificiel.

Certes, il peut paraître extraordinaire de soustraire une quantité assez notable de sang à un enfant qui en a déjà si peu, mais je dois m'incliner devant les résultats obtenus qui peuvent d'ailleurs peut-être s'expliquer de la façon suivante :

Cette saignée agit chez les prématurés en stimulant l'activité de leurs organes hémato et lymphopoiétiques.

Or, d'après les faits que j'ai pu étudier jusqu'à présent, il me semble que c'est à l'insuffisance de ces appareils, qui sont les principaux moyens de défense de l'organisme, que l'on peut attribuer la facilité avec laquelle les infections se généralisent chez ces petits êtres. J'étudie précisément en ce moment la façon dont ces organes hémato et lymphopoiétiques et le sang lui-même réagissent au cours de ces septicémies, et j'espère dans quelque temps pouvoir publier à ce sujet des résultats intéressants.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ANESTHÉSIE
PAR INJECTION DE COCAINE SOUS L'ARACHNOIDE LOMBAIRE

Par le Dr **Labusquière.**

Cette méthode d'anesthésie, intermédiaire à l'anesthésie générale (chloroforme, éther, protoxyde d'azote), et à l'anesthésie strictement locale (cocaïne, chlorure d'éthyle, éther, etc.), suscite de plus en plus l'intérêt des chirurgiens, des gynécologues et des accoucheurs. Et, après des débuts très modestes, elle semble, depuis un certain temps, entrer de plus en plus dans la pratique. Tout le monde sait aujourd'hui en quoi elle consiste : injecter dans l'espace sous-arachnoïdien, au niveau de la région lombaire, de très faibles doses de chlorhydrate de cocaïne, 1 à 2 centigr. en moyenne, sous forme d'une solution faible, soit à 1 p. 100, 2 p. 100 au plus, les solutions plus concentrées étant plus susceptibles de provoquer des accidents. La petite opération étant entourée de toutes les précautions qu'exige, à l'heure actuelle, une antisepsie rigoureuse.

*
* *

L'histoire de la méthode a été récemment esquissée par Tuffier, qui, certes, a le plus contribué à la vulgarisation du nouveau procédé anesthésique. Il a rappelé que l'honneur de la découverte revient avant tout à Leonard Corning, de New-York qui, dès 1885, injecta *dans le canal rachidien* une solution de cocaïne pour obtenir l'anesthésie du segment inférieur

[illegible] et proposa cette injection comme moyen d'analgésie chirurgicale. Corning avait expérimenté sur les chiens et traité des malades, et cela avec succès, mais sans réussir, malgré plusieurs publications, à trouver des imitateurs.

En 1891 seulement, soit six ans plus tard, Quincke établit la facilité et l'innocuité de la ponction lombaire ; en 1892, Mosso et Franck signalent que la cocaïne, par contact direct sur un nerf, produit, en quelques minutes, une anesthésie parfaite, qui est suivie du retour ad integrum des éléments nerveux ; en 1898, Sicard utilise la voie sous-arachnoïdienne avec l'espoir d'agir plus vite et plus sûrement dans un cas de tétanos confirmé depuis plusieurs jours, et, par une série d'expériences, démontre que le liquide céphalo-rachidien s'accommode aisément de solutions médicamenteuses isotoniques (1). Jaboulay (de Lyon), Bier (en Allemagne), arrivent à des conclusions expérimentales semblables.

∴

La ponction lombaire est facile et non dangereuse. La cocaïne, portée directement sur les éléments nerveux, produit une anesthésie parfaite et ces éléments nerveux, l'anesthésie disparue, reviennent à l'état normal. Une solution de cocaïne, à condition d'être aseptique et à un certain degré de dilution, peut être mélangée, dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire, au liquide céphalo-rachidien, sans inconvénients ni troubles graves ; ces notions sont déjà acquises quand Bier, en avril 1899, applique l'injection sous-arachnoïdienne lombaire à la chirurgie, dans le but d'obtenir [illegible] du corps, et il réussit avec de faibles doses de cocaïne à obtenir une anesthésie si profonde qu'il peut pratiquer des opérations importantes sur les os et sur les parties molles, sans que les malades souffrent. Il n'observe d'ailleurs, au cours de ses expériences, aucun accident grave, mais parfois certains effets désagréables, céphalée, vomissements, nausées, senti-

---

(1) TUFFIER, [illegible]

ment de faiblesse, ainsi qu'il les constata d'ailleurs sur lui-même et sur le Dr Hildebrand, tous les deux s'étant soumis à la cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

Toutefois, comme en certains cas ces malaises survécurent assez longtemps à l'anesthésie, Bier fit des réserves sur la généralisation de l'emploi de la méthode et pensa qu'il y avait lieu de recueillir des éléments plus nombreux d'appréciation. Peu après, Tuffier, dont la contribution marque une date importante dans l'histoire de la méthode, fait sa première communication à la *Société de biologie*, le 11 novembre 1899 (1) et, après avoir cité les tentatives et les résultats obtenus par Bier, explique comment il a été conduit à utiliser la cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

Il avait dans son service un malade atteint d'un ostéo-sarcome du bassin *récidivé*, *inopérable* et *très douloureux*. Or, ayant eu connaissance des bons résultats que Sicard et Gasne avaient, dans certains cas, obtenus chez des tabétiques, contre les douleurs fulgurantes, par la cocaïnisation sous-arachnoïdienne, il eut l'idée de les expérimenter chez son malade, et les résultats, bien que passagers, furent des plus remarquables. Le malade, qui conservait le plus possible ses membres inférieurs immobiles, put les mouvoir sans douleur, et l'anesthésie fut, à plusieurs reprises, obtenue et pour plusieurs heures. De là à utiliser cette anesthésie remarquable pour l'intervention chirurgicale, il n'y avait qu'un pas. Tuffier pratiqua d'abord l'extirpation d'un énorme sarcome récidivé de la cuisse droite chez une femme de 40 ans. L'anesthésie fut absolue; il multiplia ensuite ses interventions, et il eut de si nombreux imitateurs que dans un travail récent Doléris et Malartic (1) ont pu écrire : « Dans l'article de Tuffier auquel nous faisons allusion, on peut lire que Tuffier table aujourd'hui sur une statistique qui ne doit pas être éloignée du chiffre de *mille* opérations, etc ».

(1) *La Semaine médicale*, novembre 1899, p. 389.

(2) Doléris et Malartic. Analgésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. *Revue de thérapeutique médico-chirurg.*, décembre, n° 24, p. 829.

Si la priorité de la méthode n'appartient pas à Tuffier, il a eu le mérite incontestable d'avoir le plus effectivement contribué à sa vulgarisation et celui d'avoir fixé une technique opératoire qui, sauf des modifications insignifiantes, a été adoptée presque partout. Presqu'en même temps que Tuffier, Seldowitsch, s'inspirant des tentatives de Bier, opérait également quatre malades après cocaïnisation sous-arachnoïdienne et, dans l'article qu'il consacra à ces faits, se déclara très partisan de la méthode. Puis les observations et les travaux se multiplièrent.

Aussi, à l'heure actuelle, permettraient-ils de constituer un important dossier sur la question. Parmi les documents les plus complets, les plus intéressants que nous ayons lus, nous devons citer la thèse de Cadol, lequel est vif partisan du nouveau procédé d'anesthésie. Reprenant la question de l'anesthésie générale (chloroforme, éther) et abstraction faite des accidents mortels que malheureusement on enregistre parfois, il remet en lumière les accidents, les alertes, les suites fâcheuses qui la compliquent et qu'on oublie peut-être un peu trop facilement. Il fait une étude très soigneuse de la cocaïne, étudie plus particulièrement son emploi en injections dermiques ou hypodermiques, rappelle les procédés de Reclus, de Kummer, de Krogius, et consacrant au procédé de Reclus, comme au meilleur des trois, l'examen attentif qu'il mérite, relève pourtant à son passif plusieurs défauts (plutôt applicable à la petite chirurgie ; est incompatible avec une opération délicate et prolongée ; exige des doses de cocaïne élevées, dangereuses, 7 à 12 centigr. ; nécessite souvent au cours d'une opération 1, 2, 3 anesthésies locales supplémentaires ; se complique souvent de suppuration). — M. Cadol rappelle ensuite la série des travaux qui ont conduit à l'administration de la cocaïne par la voie rachidienne, relate les premiers essais, les recherches expérimentales de Sicard, de Jaboulay, de Jacob, Ghika, de Comte, etc. ; présente les observations de Bier (de Kiel), de Seldowitsch, et les faits recueillis dans le service de Tuffier ; il étudie les particularités diverses de l'analgésie cocaïnique

(étendue suivant les doses, durée, moment de son apparition, phénomènes qui l'accompagnent, mode de développement, dissociation syringomiélique, phénomènes de la phase analgésique et post-analgésique, influence du titre de la solution, caractère fugace des inconvénients), et termine en fixant la technique opératoire et en résumant les résultats qu'on est en droit d'attendre de la nouvelle méthode.

A ce sujet, il exprime le regret de n'avoir pu trouver dans les services d'accouchement de Paris la facilité suffisante pour éprouver, chez les parturientes, la nouvelle méthode anesthésique qui lui paraît devoir, dans ce domaine particulier, rendre de signalés services. De fait, depuis la thèse de Cadol, les observations de Kreis, de Marx, de Doléris et Malartic, de Dupaigne, etc., sont venues confirmer, en partie du moins, ses prévisions. Nous citerons encore les contributions des auteurs suivants : Schiassi (Bologne), de Rusca (Barcelone), Séveraneu (Bucharest), Nicoletti (Naples), Racoviceanu-Pitesci (Bucharest), de Rouville (Montpellier), Doléris, Legueu et Kendirdjy, Manega (de Palerme), Goldan (New-York), I. M. Murphy (Chicago), Morton (San-Francisco), Villar (Bordeaux). Au cours d'une conversation toute récente, M. le Dr Demoulin, chirurgien à l'hôpital Boucicaut, nous a dit avoir employé la cocaïnisation sous-arachnoïdienne suivant la méthode de Tuffier dans 4 cas, pour une amputation de cuisse et pour 3 interventions gynécologiques importantes. Dans les 4 cas il a bénéficié des avantages reconnus à la méthode, c'est-à-dire des avantages d'une anesthésie parfaite. Toutefois, en raison des symptômes fâcheux, quelque peu impressionnants, déjà signalés et qu'il a observés (nausées, vomissements, céphalée, éructations, expulsion de gaz par l'anus, sueurs froides, angoisse, modification du pouls, etc.), expression d'une intoxication au moins relative, il n'incline pas à appliquer la méthode d'une manière systématique, mais à la réserver pour certains cas bien déterminés. Il n'hésitera pas, par exemple, à y recourir chez des sujets pour lesquels des affections de l'appareil pulmonaire, cardiaque, rénal, un degré marqué

d'artério-scléreux rendraient l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther dangereuse.

⁂

De l'étude de ces documents, si nombreux déjà, il ressort que l'anesthésie par cocaïnisation sous-arachnoïdienne lombaire n'est pas seulement, à l'heure actuelle, en voie d'être expérimentée, mais qu'elle est déjà adoptée franchement par un certain nombre de chirurgiens et accoucheurs (Tuffier, Legueu et Kendirdjy, Murphy, de Rouville, Villar, Doléris, etc.), bien que d'autres chirurgiens et accoucheurs formulent encore de sérieuses réserves (Bier, [illegible] Guinard, Pinard, Delbet, etc.). Il est non douteux qu'au point de vue de la chirurgie *générale*, et pour les opérations qui s'exécutent sur les régions du corps humain situées au-dessous de l'ombilic, les partisans de la méthode ont déjà recueilli un ensemble de résultats considérable et éloquent.

Ainsi, dans son plus récent article, Tuffier présente un total de [illegible] opérations qu'il a exécutées d'après son procédé.

Étant donnée la portion du corps humain que la cocaïnisation rachidienne anesthésie, il était aisé de prévoir que la méthode recevrait rapidement des applications en *gynécologie*. Et, de fait, ces applications sont déjà très nombreuses : périnéorrhaphies, colpo-périnéorrhaphies, colpotomies, résection du col, curettage, hystéropexie, hystérectomie vaginale, hystérectomies abdominales totales, énucléations de fibromes par voie abdominale, laparotomies pour : a) annexites, b) grossesse extra-utérine, c) kyste ovarique, d) exploratrices et pour cancer, e) kyste du mésentère, autant d'interventions qui ont été exécutées à la faveur de l'anesthésie médullaire. Il était également à prévoir que, tôt, l'idée viendrait d'expérimenter la méthode de Corning et Bier en obstétrique. Sous ce rapport, les matériaux d'expérimentation restant encore relativement rares, nous ferons une analyse plus détaillée des documents que nous avons eus en main.

*
* *

Application chez les parturientes de la cocaïnisation sous-arachnoïdienne lombaire. — Les tentatives d'utilisation des propriétés analgésiantes de la cocaïne à l'obstétrique ne sont pas, d'ailleurs, tout à fait nouvelles.

En 1884, à la clinique d'accouchements, nous avons assisté aux essais faits par M. Doléris, pour diminuer le plus possible les douleurs de l'accouchement. Voici d'ailleurs comment Doléris a rappelé ces premières expériences dans sa communication récente à la *Société d'obstétrique et de pédiatrie* de Paris : « Dans le domaine obstétrical, nos premières expériences, pratiquées en vue d'atténuer ou de supprimer les phases les plus douloureuses du travail de l'accouchement au moyen de la cocaïne, datent de 1884. Nous nous contentions alors de badigeonnages et d'applications permanentes d'une forte solution de cocaïne sur le col utérin. Les résultats ne furent pas tout à fait négatifs. Néanmoins, ils ne nous semblèrent pas de nature à justifier la conservation d'une méthode aussi insuffisante.

Quelques rares tentatives d'analgésie, effectuées dans la suite, au moyen d'injections interstitielles de cocaïne dans le tissu cervical utérin et dans l'épaisseur du périnée, *et que nous n'avons jamais publiées*, réalisaient un procédé tellement compliqué qu'il ne nous vint pas à l'esprit de le généraliser, encore moins de le vulgariser (1). »

Ce ne furent, du reste, pas les seules tentatives d'analgésie obstétricale par applications directes de la cocaïne pour certaines régions du canal génital. Voici ce que nous lisons, en effet, dans un article de O. Galdan (de New-York) : « On ignore probablement, en général, que Polk (de New-York) a expérimenté plusieurs fois, chez des parturientes, les applications locales de cocaïne, il y a quatorze ans environ. L'injection de quatre gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100 dans les

(1) Comptes rendus de la *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.* de Paris, novembre 1900, p. 280.

lèvres antérieure et postérieure du col produisit une anesthésie d'une heure pendant la première période du travail. Durant cette heure, la parturiente n'accusa qu'un peu de gêne, de malaise au-dessus de la symphyse et quelques douleurs vagues au niveau du sacrum. La dilatation du col put s'effectuer sans douleur. Dans la seconde période du travail, on fit des injections le long des parois du vagin. suivant la zone de distribution des nerfs honteux, et l'anesthésie obtenue fut si réelle que la traversée du vagin par la tête fœtale s'effectua sans que la parturiente se plaignît. Polk me dit que la méthode tomba en désuétude parce qu'elle n'avait pas d'avantages sur la chloroformisation (1). »

Passons maintenant à l'analyse des travaux de la cocaïnisation médullaire dans les accouchements.

Le premier en date est celui de O. Kreis. Les observations proviennent de la *Frauenklinik*, de Bâle, où elles furent faites à l'instigation du professeur E. Bumm. Les voici telles qu'elles ont été résumées par l'auteur :

Obs. I. — Primipare, 23 ans. Le 8 juin 1900, à 2 heures, début du travail ; à 10 h. 25, rupture de la poche des eaux. A 10 h. 30, dilatation complète du col. Contractions très douloureuses, à intervalles de trois à quatre minutes. A 10 h. 50, injection de 0,01 centigr. de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien, entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire. Cinq minutes après, la parturiente ne ressent plus aucune douleur. Toutefois, la main appliquée sur le ventre perçoit les contractions utérines qui sont vigoureuses et qui reviennent à des intervalles de trois à quatre minutes. L'examen de la sensibilité permet de constater une zone analgésique qui s'étend au-dessus du nombril. La piqûre profonde d'une aiguille n'éveille qu'une sensation de contact. La sensibilité à la pression et la motilité sont intactes. Non seulement la parturiente peut mouvoir librement les jambes, mais elle peut aussi, quand on l'y invite, mettre en jeu la pression abdominale.

L'accouchement — à 11 h. 55, forceps au détroit inférieur — *s'effectue sans la moindre douleur. Au moment de l'application du forceps, la femme*

(1) *The med. News*, 1900, n° 19, p. 721.

sent seulement qu'on introduit un corps étranger dans le vagin. Elle perçoit la traction du forceps seulement comme traction, l'expulsion du fœtus comme la simple évacuation du ventre.

La suture d'une déchirure périnéo-vaginale survenue au cours de l'opération ainsi que d'une incision latérale, ne cause aucune douleur. A 12 h. 05, expulsion spontanée du placenta. A 1 h. 30, état général très bon. L'analgésie persiste dans les jambes ; l'accouchée y ressent un froid intense ; les deux pieds sont lourds comme du plomb. Les réflexes patellaires sont notablement augmentés. A 2 heures, la sensibilité est partout revenue à la normale. L'accouchée est très bien. Vers 3 heures, céphalalgie, particulièrement à la nuque ; léger vertige et nausées. Vers 5 heures, la femme vomit, après quoi elle se sent mieux. La céphalée se prolonge jusque vers le soir. Temp. le soir, 38°,1, P. 72. — 9 juin. T. le matin, 36°,8, P. 68. État général très bon. Encore des douleurs de tête à l'occasion des secousses de toux. Réflexe patellaire, redevenu normal.

Obs. II. — IIIpare, 23 ans. Au deuxième accouchement, version à cause d'une présentation transversale dans un bassin plat, rachitique, généralement rétréci. Le 10 juin à 4 heures du matin, début des douleurs. A 3 h. 20 l'après-midi, rupture de la poche des eaux. Position de l'enfant : présentation complète des pieds. Douleurs énergiques et extrêmement douloureuses toutes les trois minutes. La femme est très énervée et très anxieuse. Injection de cocaïne à 3 h. 45. Une partie de la solution de cocaïne injectée (0,01 centigr.) s'écoule entre la canule et l'aiguille. 3 h. 52, la douleur des contractions cède notablement. La sensibilité à la piqûre d'une épingle à l'abdomen, aux membres inférieurs, particulièrement à la face interne des cuisses, est très diminuée. A 4 h. 15, dégagement spontané du pied droit. Contractions revenant à intervalles de trois, cinq minutes ; la femme pousse énergiquement. A 4 h. 30, extraction d'un enfant par le procédé Veit-Smellie ; *la femme déclare la manœuvre modérément douloureuse*. A 4 h. 45, expulsion spontanée du placenta. La sensibilité à la douleur est complètement revenue. Après l'intervention, pas de vomissements, pas de céphalée. T. 37°,5, P. 88. Suites de couches tout à fait régulières.

Obs. III. — Ipare, 26 ans. Le 11 juin, 5 heures, début du travail ; à 9 h. 30, rupture des membranes. 12 juin, 1 heure, dilatation complète de l'orifice externe. Contractions très vigoureuses et douloureuses, toutes les deux à trois minutes. Tête fœtale au détroit inférieur. A 1 h. 05, injection de 1 centigr. de cocaïne. 1 h. 15, les contractions

qui reviennent toutes les deux à trois minutes restent encore très fortes, mais *la douleur est considérablement diminuée.* A 1 h. 20, la malade accuse des fourmillements dans le pied gauche. La sensibilité aux deux jambes et au niveau de l'abdomen est notablement diminuée. Les piqûres avec une épingle ne sont pas douloureuses. 1 h. 25, sensation de chaleur vive dans tout le corps, particulièrement le long des jambes et du dos. 1 h. 30, vomissements abondants de matière bilieuse. 1 h. 40, le malaise persiste ; la femme a encore vomi plusieurs fois. Réflexe patellaire un peu exagéré. 1 h. 45, la femme accuse de la faiblesse générale, un manque de force ; ne peut aider aux contractions dont la force et la durée sont diminuées. 1 h. 55, les fourmillements au pied ont disparu. 2 heures, sensation de chaleur dans la tête. Les pupilles vaguement dilatées réagissent promptement. La parturiente perçoit de nouveau, douloureusement, les contractions. Plus de vomissements. Les contractions, qui reviennent toutes les trois minutes, sont de plus en plus douloureuses. A 5 h. 45, à cause de l'épuisement de la mère, de l'affaiblissement des contractions, forceps sous la narcose chloroformique. Quantité de chloroforme passablement élevée (25 gr.). 6 h. 45, expression du placenta à cause d'une hémorrhagie. Soir, sauf un peu d'hébétude, de lourdeur de tête, l'accouchée se sent bien. T., 37°,7. P., 88.

Obs. IV — Ipare, 25 ans. Le 12 juin, 2 heures du matin, début des contractions ; 4 h. 45, rupture des membranes. 3 h. 45, dilatation complète. Contractions énergiques et très douloureuses toutes les deux à trois minutes ; 5 heures, injection de 1 centigr. de cocaïne. 5 h. 10, analgésie. Les piqûres avec une épingle jusqu'au rebord costal ne causent qu'une faible sensation de pression. Réflexe rotulien nettement augmenté. Les contractions, qui ont perdu un peu de leur énergie, sont régulières. La parturiente pousse fortement. 5 h. 30, l'enfant étant en danger d'asphyxie, *forceps*. La femme perçoit bien l'application du forceps et les tractions faites sur l'instrument, mais elle ne ressent aucune douleur. Mais un sentiment d'angoisse la rend très nerveuse, très agitée. Douleurs *post partum* régulières. 6 heures, la femme accuse une grande lassitude dans les jambes. 6 h 30, expulsion spontanée du délivre. La fatigue aux jambes a disparu. Réflexe rotulien peu augmenté. La sensibilité à la douleur reparaît. 13 juin, sensation générale de bien-être. Il n'y a eu ni vomissement, ni nausées. Pas de douleurs, pas de sensations anormales. Réflexe rotulien, de nouveau normal. T. vespérale, 36°,7. P., 88.

Obs. V — Ipare, 20 ans. Le 23 juin 1900, 2 heures du matin, début des

contractions. 3 h. 15 l'après-midi, écoulement des eaux. 3 h. 15, dilatation complète. Contractions très douloureuses, toutes les trois à quatre minutes. 3 h. 55, injection de 1 centigr. de cocaïne. 4 heures, la femme dit spontanément que le tiraillement par la douleur est moins fort. La sensibilité n'est pas encore modifiée. Piqûres, pincements sont perçus sur tous les points; réflexe rotulien légèrement augmenté. 4 h. 05, *les contractions perçues par la main appliquée sur la paroi abdominale ne sont plus douloureuses*, « la femme n'a pas de douleurs, elle ne sent plus rien ». 4 h. 07, aux deux membres inférieurs, fourmillements, des genoux vers les pieds, accusés surtout à la plante des pieds. 4 h. 10, analgésie complète de la moitié inférieure du corps à partir du nombril. 4 h. 11, la femme vomit, sans malaise préalable, le café qu'elle a pris une demi-heure avant. 4 h. 15, les fourmillements aux pieds sont plus atténués à gauche qu'à droite. 4 h. 20, encore des envies de vomir; la femme transpire assez abondamment. 4 h. 40, encore plusieurs vomissements. Les contractions utérines se montrent toutes les cinq minutes. La femme les perçoit comme des distensions dans le ventre; elles lui paraissent plus courtes qu'avant l'injection. A chaque contraction, la parturiente pousse fortement. *La tête fœtale descend de plus en plus, commence à se dégager. Elle stationne cinq minutes, le périnée bombant fortement et la vulve étant largement distendue, sans que la femme éprouve aucune douleur.* 4 h. 45, expulsion spontanée d'un enfant du poids de 4,090 grammes. Le passage de la tête (circonférence, 36 cent.) n'est aucunement senti. L'expulsion de l'enfant laisse la sensation « de quelque chose qui a glissé du ventre ». 4 h. 55, en raison d'une hémorrhagie assez abondante, le placenta est exprimé, manœuvre que perçoit la malade comme une forte pression. A la sortie du délivre, elle remarque que « quelque chose vient, qui est plus mince que l'enfant ». 5 h. 10, *suture d'une déchirure vaginale; la femme a seulement une sensation de contact;* 5 h. 30, encore anesthésie marquée de la moitié inférieure du corps. Exagération notable du réflexe rotulien. Clonus des deux pieds caractérisé. 6 heures, sensibilité revenue. Réflexe rotulien encore un peu augmenté. État subjectif bon. T., 37°,1, P., 88.

Obs. VI. — 27 ans. Ipare. 25 juin 1900, 3 h. 30 du matin, début de l'accouchement. 2 h. 30, l'après-midi, perte des eaux. En même temps, dilatation complète. 3 h. 07, à cause de l'intensité des douleurs, injection de 1 centigr. de cocaïne. 3 h. 14, contractions utérines un peu moins douloureuses. 3 h. 20, pincements forts et piqûres d'épingle

ne causant que des sensations de pression. Analgésie de la moitié inférieure du corps, jusqu'à une largeur de main au-dessus de la symphyse. 3 h. 22, les contractions sont perçues comme tensions. La femme pousse vigoureusement. La tête descend plus profondément. La zone analgésique s'étend maintenant jusqu'aux seins. 3 h. 26, subitement, sans autres symptômes, la femme vomit des masses muqueuses colorées de bile. Simultanément, surviennent des fourmillements dans les deux membres inférieurs, principalement à la pointe des pieds et jusqu'à la partie moyenne des cuisses. 3 h. 46, *les contractions se montrent régulièrement toutes les deux à trois minutes et sont tout à fait indolores*. La femme dit : « Ça se gonfle de nouveau dans le ventre », et elle pousse, d'elle-même, très énergiquement.

Le malaise diminue un peu. La tête reste visible dans l'intervalle des douleurs. *Distension large de la vulve et du périnée indolore. Les fourmillements ont cessé.* 4 h. 06, terminaison spontanée de l'accouchement. Comme dans l'observation 5, le dégagement de l'enfant fut perçu comme si un corps volumineux sortait de l'abdomen. L'accouchement fait, les nausées cessèrent. 4 h. 10, l'analgésie s'étend encore jusqu'à l'appendice xiphoïde. Réflexe rotulien notablement augmenté. 4 h. 12, la femme se plaint de céphalée et d'angoisse ; elle transpire assez abondamment. 4 h. 25, l'analgésie s'est circonscrite aux extrémités inférieures. La région des organes génitaux externes est redevenue un peu sensible. 4 h. 45, expulsion spontanée du placenta. Sensation de la sortie d'un petit corps étranger, comme pour l'expulsion de l'enfant. 5 heures, la femme ressent encore des douleurs de tête, mais très faibles. T., 37°,2 ; P., 80. 6 heures, la sensibilité est revenue partout.

Kreis exprime l'impression qu'il a eue de ces six faits de la façon suivante : « Il serait prématuré de formuler, d'ores et déjà, un jugement sur l'importance de la cocaïnisation médullaire en obstétrique. On peut dire que le procédé ne convient pas dans les cas où l'on est obligé de compter sur une forte participation de la pression abdominale. Elle ne convient pas davantage quand on a affaire à des parturientes anxieuses, énervées qui, bien qu'affirmant qu'elles ne ressentent aucune douleur, et par appréhension de l'intervention chirurgicale, crient sans cesse et ne peuvent se tenir tranquilles.

« Pas plus que Tuffier et Bier, nous n'avons observé de compli-

cations graves; par contre, comme eux, nous avons noté des vomissements et de la céphalée, etc. Peut-être ce procédé d'anesthésie est-il appelé, dans les cas simples de forceps et de version, à remplacer la narcose chloroformique, laquelle, à défaut d'assistance suffisante, comporte des difficultés, et, au cas d'affections cardiaques et pulmonaires, entraîne des dangers (1).»

O. Goldan, qui a expérimenté la cocaïnisation médullaire dans une vingtaine de cas, et qui note soigneusement qu' « il n'a jamais injecté que 20 gouttes d'une solution à 2 p. 100, l'injection ayant été répétée, en plusieurs cas, une seule fois au plus, a observé, chez une parturiente, des symptômes assez graves d'empoisonnement :

« La respiration, écrit-il, devint anxieuse, superficielle, avec une fréquence de 60 à la minute; pouls à 140, petit et irrégulier ; sueur profuse, tremblements musculaires; face absolument décolorée, pupilles contractées. La femme souffrit, durant les deux jours après l'injection, d'une céphalée intense. »

Ses conclusions sont : 1° la cocaïne injectée dans l'espace sous-arachnoïdien agit comme quand elle est introduite dans la circulation générale; peut-être, par cette voie, est-elle moins toxique ; 2° il n'est pas de quantité précise qui convienne à tous les cas; l'effet désiré est obtenu chez certains sujets avec des doses minimes, chez d'autres seulement avec des doses fortes ; 3° le tempérament, la constitution, la santé du sujet ne paraissent pas influer nettement sur l'effet du médicament; 4° il n'existe pas de moyen de déterminer par avance quelle dose réussira dans un cas donné; 5° il ne faut jamais recourir aux fortes doses avant d'avoir tâté la susceptibilité du sujet. Il est remarquable que dans les cas où une première injection ne produit pas une anesthésie notable, elle ne provoque pas non plus d'effets physiologiques marqués. En semblables conditions, on peut, en toute sécurité, répéter l'injection. Et

(1) KREIS. Ueber Medullarnarkose bei Gebärenden. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 28.

comme conclusion générale, l'auteur écrit : « Pour moi — sauf à modifier cette appréciation si l'observation ultérieure m'y conduit — il ne me paraît pas que l'anesthésie par la cocaïnisation intra-spinale doive prendre place en chirurgie comme méthode générale d'anesthésie — mais qu'elle est appelée à y être utilisée quand, par suite de contre-indications spéciales, les autres méthodes devront être écartées. Or, les malades qui ne peuvent être soumis à l'un des trois anesthésiques habituels, protoxyde d'azote, chloroforme, éther, sont très rares (1).»

S. Marx a expérimenté la cocaïnisation sous-arachnoïdienne, avec une solution fraîche à 2 p. 100, sur 27 parturientes. Il a observé chez ces femmes les phénomènes constatés par Bier, c'est-à-dire la persistance des contractions utérines, devenant indolores, mais seulement pendant un certain temps. Aussi, en raison de la durée passagère de l'analgésie et des risques qu'entraînerait la réitération multiple de l'injection, convient-il de n'y recourir qu'à une certaine période de l'accouchement : quand le col est au 3/4 dilaté chez les multipares ; à la dilatation complète chez les primipares. Contre les symptômes pathologiques (nausées, vomissements, céphalée, sueurs, etc.) il a recours aux injections de nitro-glycérine seule ou combinée à la morphine, etc.

Hugo Ehrenfest tout en considérant que les faits publiés sont des plus intéressants, regrette de ne pas trouver plus de détails dans les observations. Il fait remarquer que sur les 21 cas d'une première série de Marx, on a appliqué 7 fois le forceps, que sur les 6 de Kreis on y a eu recours 3 fois. Sur une deuxième série de 19 accouchements à la cocaïne, Marx a employé 9 fois le forceps. On est frappé, à la lecture de ces travaux, de la fréquence des interventions opératoires et l'on en vient à se demander si la cocaïne n'entrave pas le travail; on dit bien que les contractions utérines persistent, mais ont-elles la même vigueur; et du reste la contraction des parois abdominales, aide puissante dans l'accouchement, disparaît à la suite de l'injection de cocaïne,

(1) *The Med. News*, 1900, n° 19, p. 722.

autant de raisons qui expliquent peut-être la fréquence avec laquelle on a eu recours au forceps dans l'accouchement à la cocaïne. Des observations bien prises pourront seules nous éclairer sur ces divers points. Si l'injection de cocaïne obligeait à recourir fréquemment au forceps, cela suffirait pour la faire rejeter, les accidents post-puerpéraux ou gynécologiques étant plus fréquents après les accouchements artificiels qu'après les normaux, malgré les précautions aseptiques ou antiseptiques.

Resterait à analyser les deux contributions de Doléris et celle de Dupaigne. La première communication de Doléris date du 17 juillet 1900 et est basée sur 5 cas, tandis que la seconde comporte un ensemble de 25 observations (1).

Cette dernière communication, faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* de Paris, a été analysée ici même, ainsi que les remarques, avec réserves, qu'elle a suggérées au professeur Pinard. Quant au travail de M. Dupaigne, inspiré par Tuffier, le lecteur le trouvera dans ce numéro même du journal. Ces deux derniers auteurs sont, d'ailleurs, très favorables au nouveau procédé anesthésique.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BIER. Versuche über Cocainisirung des Ruckenmarkes. *Deutsch Zeitsch. f. Chirurg.* Bd LI, p. 361.

BUMM et O. KREIS. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 28.

CADOL (E.). *L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.* Th. de Paris, 1900, Steinheil.

CORNING. *New-York med. J.*, 1885, vol. XLII, p. 483.

CROLY (DE). *La Policlinique* (Bruxelles), décembre 1900, p. 554.

DELBET (P.). *Journ. des Praticiens*, 1900, n° 41, p. 657.

DOLÉRIS. De l'analgésie des voies génitales obtenue par l'application de la cocaïne, etc. Extrait des *Arch. de Tocol.*, 1885.

(1) Tout récemment Doléris a fait à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris* une nouvelle communication. Sa statistique s'est augmentée de « 20 cas avec des résultats semblables ». Mais, dans le but d'assurer la terminaison de l'accouchement avant la fin de l'analgésie, il propose « d'abréger notablement par l'adjonction de la dilatation artificielle du vagin et du périnée au moyen d'un ballon ad hoc ». Nous faisons toutes réserves au sujet de cette tendance à « l'accouchement artificiel », substitué au « naturel ». H. V.

DOLÉRIS et MALARTIC. *Comptes rendus de la Soc. d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris*, t. II, 1901, p. 279.

DUPAIGNE. *Annales de gynéc. et d'obst.*, janvier 1900, p. 44.

EHRENFEST (HUGO). A few remarks on the use of medullary narcosis in obstetrical cases. *Med. Record*, 22 décembre 1900, p. 967.

GOLDAN (O.). Some observations on anesth. by intraspinal injections of cocaïne. *The med. News*, 1900, n° 19, p. 719.

LEGUEU et KENDIRDJY. De l'anesthésie par l'injection lombaire intra-rachidienne de cocaïne et d'eucaïne. *Presse médic.*, 1900, n° 89, p. 299.

MANEGA (U.). *La Riforma medica*, 1900, n° 11, p. 110 ; n° 11, p. 122. *La Riform. med.*, décembre 1900, p. 697.

MARX (S.). Medullary narcosis during labor. *Med. Record*, octobre 1900, p. 521 et *Philadelphia medical Journal*, 10 novembre 1900.

MORTON. Is the subarachnoïdean injection of cocain the preferable anesthesia below the diaphragm? *Pacific med. J.*, 1900, n° 11, p. 801.

MURPHY (J.). Further experience with subarachnoïdean injections of cocain for analgesia in all operations below the diaphragm. *The med. News*, 1900, n° 19, p. 722.

RUSCA. Les injections intra-rachidiennes de cocaïne, etc. *Revista de Ciencias medicas*, Barcelone, 25 juin 1900,

TUFFIER. *Semaine médicale*, novembre 1899, p. 389 ; mai 1900 ; août 1900, p. 262 ; décembre 1900, p. 423 ; *Presse médicale*, novembre 1900, p. 323.

TUFFIER et HALLION. Mécanisme de l'anesthésie par injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne. *La Presse médicale*, décembre 1900, p. 191.

VILLAR (F.). De l'anesthésie chirurgicale médullaire, etc. *Gazette hebdom. des sc. méd.* (Bordeaux), 1900, n° 47, p. 557 ; n° 48, p. 576.

WALLACE LEE. Subarachnoidean injection of cocain as a substitue for general anesth., etc. *Saint-Louis Med. Rev.*, octobre 1900, p. 285.

REVUE ANALYTIQUE

Examen au point de vue chirurgical des états inflammatoires des trompes de Fallope et de leurs complications, par AUGUSTUS PECK CLARKES (de Cambridge-Boston, Massachusetts, U. S. A.). — Au cours de la discussion sur les états inflammatoires des trompes, et en particulier sur les salpingites, l'auteur note qu'il a constaté assez fréquemment dans sa pratique, dans le cas d'exsudation suppurée, le passage, à travers une solution de continuité, du pus dans l'anse sigmoïde du côlon ou dans le rectum.

En plusieurs de ces cas où, dans le but d'enlever la collection suppurée, on se résolut à une cœliotomie, il reconnut qu'on pouvait, après incision de la trompe devenue adhérente, disposer le péritoine autour de l'ouverture intestinale de façon à constituer un canal sûr de drainage, aboutissant à l'orifice abdominal, et évitant la contamination de la grande cavité péritonéale. Le procédé consiste à décoller le péritoine pariétal sur une certaine étendue et à le disposer en canal, la surface épithéliale de la séreuse étant tournée en dehors. La fixation du canal est assurée par l'emploi de sutures aseptiques, de substance animale.

L'auteur rapporte des cas, tirés de sa pratique personnelle, de pyosalpinx et de salpingites combinées avec des appendicites et sous leur dépendance. Ces associations pathologiques s'étaient produites dans des cas où l'appendice vermiforme était anormalement long, filiforme, et où il avait contracté des adhérences avec l'épiploon et avec les annexes de l'utérus. Et elles avaient nécessité l'exérèse de l'appendice, comme temps préalable de la cure complète du pyosalpinx.

L'auteur préfère la laparotomie à l'incision vaginale, parce qu'elle permet de mieux voir les modifications pathologiques pelviennes, de libérer plus aisément les adhérences ; de cautériser, désinfecter plus sûrement, et, le cas échéant, d'enlever les trompes de Fallope. Assez fréquemment, il lui est arrivé de trouver l'une des trompes, suppurée, située haut dans le bassin, alors que l'autre trompe, atteinte également d'un processus de suppuration, était prolabée dans le Douglas.

L'auteur a également observé que, dans quelques cas de lésions tuberculeuses de l'ovaire, il avait suffi d'une résection partielle de l'organe pour rétablir tout à fait la santé du sujet.

Les cas de grossesse survenue consécutivement au traitement conservateur chirurgical des états inflammatoires, avec suppuration, de l'oviducte n'ont pas été rares.

Désinfection, drainage et ignipuncture ont fourni les meilleurs résultats dans les cas où le pus avait en grande partie perdu ses caractères septiques.

En beaucoup de cas où l'on s'est appliqué, par une méthode bien appropriée, à assurer le drainage, les risques de contaminer la cavité péritonéale en opérant à travers une incision abdominale, n'ont pas paru aussi sérieux qu'on a coutume de les envisager.

On peut procéder avec sécurité au curettage intra-utérin comme traitement complémentaire, lorsque les symptômes acquis de la phlegmasie tubaire se sont amendés.

BIBLIOGRAPHIE

Zür Ætiologie der Uterusmyome, par von V. GOTTSCHALK. (*Samml. klin. Vorträge*, 1900, nº 275.) — Dans ce travail, Gottschalk revient sur cette opinion qu'il a déjà soutenue antérieurement que la surnutrition de l'utérus et les lésions qui peuvent atteindre les parois de ses artères sont des facteurs essentiels de la genèse des myomes.

Il ajoute que sur 115 malades atteintes de myomes qu'il a personnellement observées, 32, c'est-à-dire 27,5 p. 100, avaient eu des infections variées; 17 de ces infections avaient été locales (puerpérales ou autres), 15 seulement des infections générales (fièvre typhoïde, variole, diphtérie, malaria, syphilis).

Il remarque également que le célibat a une influence manifeste sur le développement des myomes; sur 28 femmes atteintes de myomes, 17 étaient en effet vierges (hymen intact, vagin court), c'est-à-dire 60,5 p. 100.

Enfin il ajoute que ses observations lui ont permis de constater de nouveau que les myomes étaient héréditaires dans certains cas 9,5 p. 100 de sa statistique. P. LECÈNE.

Heisse Bäderbehandlung zür Bekämpfung der klimaterischen Wallungen, par D. GOTTSCHALK. (*Deut. Medic. Wochenschrift*, 1900, p. 23.) — Dans cette note, Gottschalk étudie le traitement des troubles généraux occasionnés par la ménopause; les bains chauds à une température de 32 à 33º R. et d'une durée de vingt minutes environ lui ont donné de bons résultats, surtout pour combattre les « bouffées de chaleur », si pénibles pour les femmes au moment de la ménopause, normale ou anticipée. Il pense que l'on peut trouver l'explication physiologique de ces résultats dans la vaso-dilatation cutanée qui se produit dans le bain tiède, vaso-dilatation qui a pour effet de faire baisser la pression artérielle généralement augmentée, d'après Gottschalk, chez les femmes au moment de la ménopause. P. LECÈNE.

Un caso di Epitelioma cilindrico primitivo della vagina, par H. PINNA-PINTOR. (*Giornali della R. Accad. di medic. di Torino*, 1900, nº 5.) — L'auteur rapporte un cas d'épithéliome cylindrique primitif

du vagin qu'il a observé chez une femme âgée de 53 ans. L'épithéliome pavimenteux primitif du vagin est déjà une rareté, puisque Martin, par exemple, sur 5,000 malades n'en rencontre que 4 cas, soit 0,08 p.100.

Mais l'épithéliome primitif cylindrique du vagin est encore beaucoup plus rare ; la pathogénie de cette forme de néoplasme est difficile à déterminer ; l'auteur se range à l'opinion la plus vraisemblable, à savoir qu'il s'agit de débris épithéliaux cylindriques, restes de l'un des canaux de Müller, dont la fusion à la partie inférieure constitue le vagin.

L'hypothèse d'une glande de Bartholin aberrante aux dépens de laquelle se serait développé ce néoplasme se trouve écartée, par ce fait que la tumeur siégeait sur la paroi antérieure du vagin, à 2 centim. en arrière du méat uréthral. P. Lecène.

Aborto al quinto mese. Rigidita anatomica della bocca uterina. Incisioni profonde alla Dührssen, par J. Cohn. (*Rassegna di ostetricia e ginecologia*, 1899.) — L'auteur rapporte un cas de rigidité anatomique du col utérin survenu chez une femme de 28 ans, primipare, au cours du 5e mois de sa grossesse ; comme il y avait une hémorrhagie notable, que la femme souffrait beaucoup, que l'avortement ne pouvait se faire complètement à cause de la rigidité du col, et que d'ailleurs les moyens usuels de dilatation du col utérin étaient impossibles à pratiquer, l'auteur eut recours aux procédés des incisions latérales profondes du col, indiquées par Dührssen ; il fit ensuite une crâniotomie sur le petit fœtus et parvint à l'extraire sans produire de lésions utérines. La femme guérit en quinze jours.

L'auteur termine en conseillant le procédé de Dührssen en cas de rigidité anatomique du col, lorsque les autres procédés non sanglants ont échoué ou sont inapplicables. P. Lecène.

La cura dell'estiomeno vulvare, pel Dott. G. Cohn. (*Rassegna di ostetricia e ginecologia*, 1900). — L'auteur, après avoir passé succinctement en revue les différentes méthodes de traitement jusqu'ici proposées pour guérir l'esthiomène de la vulve, expose le procédé qu'il a employé dans trois cas de cette affection. Il se sert d'une méthode analogue, dit-il, à celle qu'il emploie dans les abcès froids ; il dissèque au bistouri tous les tissus malades au pourtour de l'ulcération, les résèque ; reconstitue, par quelques points de suture, le méat urinaire souvent lésé ; arrose la surface cruentée avec une solution glycéro-alcoolique de créosote, puis suture de façon à redonner à la vulve son aspect normal et, enfin, injecte sous la ligne de suture une

solution glycéro-alcoolique d'iodoforme en laissant une sonde à demeure dans la vessie,

Par ce procédé il a obtenu deux succès complets chez deux malades, et un succès partiel seulement chez une troisième. P. Lecène.

La cura chirurgica del prolasso completo dell' utero, pel Dott. G. Coen. (*Annali di ostetr. e ginecologia*, n° 7, juillet 1900.) — L'auteur, se basant sur trois cas de prolapsus utérin complet chez des femmes jeunes, qu'il a eu à traiter, conclut en disant que :

1° Dans le prolapsus utérin complet survenant chez les femmes ou après la ménopause,on doit recourir à la colporrhaphie médiane (simple dérivé du cloisonnement du vagin), opération peu grave et qui ne fait courir aucun risque à l'opérée ; dans les cas où le prolapsus est compliqué de fibrome ou de néoformation maligne, il faut faire l'hystérectomie vaginale ;

2° Chez les femmes jeunes, encore réglées, atteintes de prolapsus utérin complet, on doit faire l'hystéropexie abdominale associée à des procédés variés d'autoplasties vaginales et périnéales, à l'ouverture et au drainage du cul-de-sac postérieur (suivant la méthode déjà indiquée dans ces cas par Routier). Ces opérations sont peu graves par elles-mêmes et, de plus, n'apportent pas de troubles dans les grossesses ultérieures. P. Lecène.

Étude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, par le Dr A. Laquerrière (F. Alcan, 1900). — L'auteur, s'appuyant sur un certain nombre d'observations, expose le manuel opératoire et les résultats du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli. On sait que cette méthode consiste à porter dans l'utérus même des courants électriques d'intensité aussi haute que possible sans cesser d'être tolérables. L'auteur prétend qu'avec cette méthode on peut obtenir la diminution des métrorrhagies, voire même la régression des fibromes ; les résultats seraient, d'après lui. durables pourvu que le traitement ait été bien appliqué et suffisamment prolongé. P. Lecène.

La chirurgie et la médecine d'autrefois, par le Dr P. Hamonic (Paris, 1900). — L'ouvrage est divisé en deux parties : la première comprend la reproduction et la description des instruments appartenant aux civilisations grecques et romaines ; dans la seconde partie, il passe en revue les instruments appartenant à des époques plus rapprochées de

nous, XVe, XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles. Hamonic termine par un exposé, avec gravures, des instruments et appareils inventés par lui.

P. Lecène.

Manuel d'histologie pathologique, par les professeurs Cornil et Ranvier, publié avec la collaboration des Drs Brault et Letulle, 3e édition entièrement refondue. *Tome I*, 1 vol. gr. in-8° avec 369 gravures en noir et en couleurs dans le texte, 25 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

La troisième édition de cet ouvrage, qui est présentée aujourd'hui au publie médical, est en réalité un livre nouveau. Tout chapitre de l'histologie pathologique est précédé du chapitre de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension. Les descriptions des lésions à l'œil nu et au microscope ont subi peu de changements. Mais les additions sont nombreuses pour ce qui concerne la médecine expérimentale et la compréhension générale de la pathologie. C'est ainsi que le chapitre des parasites comprend un exposé succinct des microbes pathogènes pour l'homme, et que la révolution opérée par Pasteur trouve son nécessaire écho dans la plupart des descriptions d'histologie pathologique.

Pour mener à bien leur entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à un certain nombre de collaborateurs : c'est ainsi que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par eux-mêmes, des chapitres sur les tumeurs par M. Brault, sur les parasites par M. Fernand Bezançon, sur les os et les articulations par M. Maurice Cazin.

Bien que dû à une collaboration, ce livre est homogène et inspiré par une direction unique, car tous les collaborateurs parlent le même langage et ont tous puisé leur instruction pratique dans les laboratoires dirigés par MM. Cornil et Ranvier : ils appartiennent, en un mot, à la même famille scientifique. Aussi cette édition, si différente qu'elle puisse paraître, est néanmoins la descendante directe et rajeunie de celle de 1881. Elle est enrichie de gravures nouvelles, nécessaires à la compréhension du texte. Elle trouvera sans aucun doute auprès du public médical le même accueil favorable que ses deux aînées.

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes. Le tome II de cet ouvrage paraîtra dans le courant de l'année 1901.

VARIÉTÉS

JUBILÉ DU PROFESSEUR SNEGUIREFF

Les amis et les élèves du Dr Sneguireff, aujourd'hui professeur émérite d'obstétrique et de gynécologie à l'Université impériale de Moscou, ont célébré, le 13 décembre dernier, le trentième anniversaire de sa brillante carrière scientifique et professorale.

Né à Moscou en 1847, inscrit à la Faculté de médecine de cette ville en 1865, Sneguireff y fut d'abord prosecteur, puis assistant à la division gynécologique de la maison des Enfants-Trouvés. Ses études terminées, il entreprit en 1874 un voyage à l'étranger afin de s'initier auprès des Lister, des Péan et des Spencer Wells à l'antisepsie et à la chirurgie naissante de l'abdomen.

Attaché, à son retour, à l'Université moscovite, il y obtint la direction d'une petite division de gynécologie à la clinique de Sacharine, ouvrit une clinique privée, et peu après organisa les sections gynécologiques de deux hôpitaux.

En 1889, grâce à la libéralité d'un marchand de Moscou, Morosoff, il put doter l'Université d'une clinique gynécologique spéciale de 40 lits. En 1895 il y ajouta, grâce à la générosité d'un de ses amis reconnaissants, M. Schelapoutine, un nouvel institut gynécologique de 25 lits.

Cette organisation matérielle supérieure, que nous avons admirée en 1897, développa à tel point la pratique gynécologique de Sneguireff, que depuis dix ans il compte plus de 1,200 laparotomies.

Ses principales publications ont trait à l'hydrothérapie en gynécologie, spécialement aux injections chaudes et à l'irrigation continue; aux bains de soleil; à l'emploi de la vapeur d'eau; à la laparotomie et spécialement à la myomotomie; à la restauration du vagin par transplantation rectale, etc.

Son œuvre capitale est une monographie sur les *Hémorrhagies utérines* dont l'un de nous a rédigé en 1886 une édition française avec préface du professeur Pinard.

La troisième édition vient de paraître. Augmentée, enrichie de 10 planches et de 300 figures, elle est en réalité un Traité complet de gynécologie, bien qu'elle porte ce titre: « Hémorrhagies utérines, étiologie, diagnostic, traitement. Méthode d'exploration, anatomie et chi-

rurgie des organes génitaux de la femme, avec les résultats de 1,000 laparotomies. » C'est le reflet de trente années de pratique gynécologique.

Depuis vingt-cinq ans il est passé par les mains de Sneguireff plus de 6,000 médecins qui ont étendu à toutes les régions de l'empire les bienfaits de sa pratique.

Opérateur-né il « laparatomise » et enseigne même durant ses vacances qu'il prend, depuis vingt ans, aux environs d'Alexin. « Car, disait-il à l'un de nous, un jour qu'il traitait ses amis dans sa coquette et hospitalière « isba » de Moscou, je suis comme le violoniste : il me faut répéter la gamme tous les jours pour ne point faire de fausses notes. J'ai donc bâti là-bas un petit hôpital avec 10 lits d'hommes et 10 lits de femmes. Ils ne chôment jamais ; et cela me permet de faire bénéficier de ma déjà vieille expérience — entre deux séances de pêche — les malades et les médecins du voisinage. »

Ce rapide *curriculum vitæ* montre assez ce que sont, en Sneguireff, le praticien et l'homme de science.

Nous qui lui sommes liés — pour employer ses propres expressions — « d'une amitié qui a déjà bien duré plus de la moitié des trente années dont l'anniversaire vient de sonner », nous pouvons dire que le cœur est, chez Sneguireff, à la hauteur de l'habileté manuelle et de l'activité cérébrale.

Quant à ses sentiments pour notre pays, une citation, vieille de quatorze ans, permettra de les juger :

« En faisant paraître, écrivait-il en 1886, une traduction française de mon Traité des hémorrhagies utérines, je me suis laissé guider par les considérations suivantes · les médecins étrangers sont peu familiarisés avec la langue russe, tandis que la langue française est universelle. En second lieu, la nation française a fait beaucoup pour la civilisation russe ; pour tout ce qui touche à la médecine, par exemple, nous avons ici largement puisé aux œuvres du génie français. En ma qualité de médecin russe, je désire donner un haut témoignage d'estime à une nation qui a tant fait pour le genre humain. »

A l'occasion de la fête jubilaire du 15 décembre passé, nous joignons nos félicitations pour l'œuvre déjà accomplie et nos souhaits pour l'avenir à ceux des élèves de notre ami Sneguireff, de la clinique Baudelocque, et de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris.

H. VARNIER. H. HARTMANN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Prüfung des Lysoforms als Händedesinficiens. *Centr. f. Gynäk.*, n° 51, 22 décembre 1900, p. 1380. — **Archambault** (L.). L'anaphrodisie chez la femme. *Thérapeutique contemporaine*, 6e année, n° 65, nov. 1900, p. 283. — **Chaput**. Compresse de gaze oubliée dans le ventre et passée dans l'intestin. *Bull. Soc. chirurgie*, 12 déc. 1900. — **Engelmann** (G. J.). The American girl of To-Day. *American Journal of Obstetrics*, vol. XLII, n° 276, déc. 1900, p. 753. — **Feijo Azevedo**. Interv. cirurgicas del servicio de Gynecologia da Santa casa d. Misericordia. *Tribuna medica*, Rio-de-Janeiro, n° 18, 1900. — **Gentile**. Note di batteriologia ginecologica. *Arch. ital. di Ginecol.*, anno III, 31 octobre 1900, n° 5, p. 468. — **Guépin** (A.). Etiologie de la tuberc. génito-urinaire ; le coït buccal. *France méd.*, 25 sept. 1900, p. 344. — **Haagen**. *Zur Genitaltuberculose des Weibes*. Fribourg, 1900. — **Hall** (E.). Gynæc. treatment of the insane. *Brit. Gyn. J.*, nov. 1900, p. 177. — **Herff** (Otto v.). Ueber schwere Darm und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.*, XLIV, Band 2 Heft, p. 251. — **Herman** (G. E.). Midwifery and Gynæcology in 1800. *British med. Journ.*, n° 2087, 29 déc. 1900, p. 1854. — **Home Wulfing**. Zur Pathologie der Geschwulstbildung in weiblichen Geschlechtsapparat. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 1. — **Keiffer**. Adénome kystique du sein. *Bull. Soc. belge de gyn.*, 1900, n° 8. — **Lapthorn Smith** (A.). A case in which sexual Feeling first appeared after Removal of Both ovaries. *American journ. of Obstetrics*, vol. XLII, n° 276, déc. 1900, p. 839. — **Lauwers**. Météorisme intestinal. *Bull. Soc. belge de gyn.*, 1900, n° 8. — **Lichtenstein**. Diagnostische Irrthümer. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 48, p. 1291. — **Mueller** (A.). Uber Kolpeuryse und Metreuryse. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 49, p. 1318. — **Paul** (Th.) et **Sarwey**. Händedesinfections Versuche. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 49, p. 1313. — **Paul** et **Sarwey**. Tübinger Händedesinf. *Cent. f. Gyn.*, 8 déc. 1900. — **Pluyette** (Ed.). Tuberculose mammaire. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 47e année, n° 103, 20 décembre 1900, p. 1225. — **Polano** (O.). Klinische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberculose. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. I, p. 85. — **Pommerol**. Tumeur polypiforme du sein. *Gaz. des hôpitaux*, 73e année, n° 148, 29 déc. 1900, p. 1584. — **Scott Warthin** (Aldred). Accessory adrenal Body in the Broad Ligament (Adrenal of Marchand). *American journ. of Obstretrics*, vol. XLI, n° 276, 1900, p. 797. — **Sigalas** (C.). et **Dupouy** (R.). De l'élimination du mercure par la glande mammaire. *Revue mens. de Gyn., Obst. et Péd.*

de Bordeaux, t. II, n° 11, nov. 1900, p. 522. — **Sneguireff**. Ueber die Schmerzen in der Becken und Bauchhöhle der Frau. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. I, p. 1.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET INSTRUMENTS. — **Boston** (**L.-Nap.**). A combined Slide and cover-glass Forceps. *Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia*, nouv. série, vol. IV, n° 2, 1er déc. 1900, p. 37. — **Burrage** (**W. L.**). A modification of the old Sims Needle Forceps. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CXLIII, n° 24, 13 décembre 1900, p. 604. — **Dalché** (**P.**). Le sulfate de quinine dans la thérapeutique utérine. *Tribune méd.*, 34e année, 2e série, n° 1, 2 janv. 1901, p. 10. — **Dovenport**. The use of the angiotribe. *Bost. med. and surgical Journal*, 5 juil. 1900, p. 4. — **Garafalo** (**A.**). Sull' usa dell' ittioformio. *La clinica ostetrica*, anno II, fasc. 11, nov. 1900, p. 421. — **Kalabin** (**J.**). Ein einfacher Beinhalter. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 46, p. 1233. — **Knapp** (**L.**). Modification des Breisky Speculum als selbsthaltendes. *Wiener klin. Woch.*, XIIIe année, n° 52, 27 déc. 1900, p. 1226. — **Sintenis** (**Z.**). Kritische Bemerkungen zum Speculum nach prof. Draghiescu. *Cent. f. Gynäk.*, n° 52, 29 déc. 1900, p. 1400.

VULVE ET VAGIN. — **Bluhm**. Ueber Cysten des Labium minus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 1, p. 34. — **Engelhardt**. Pseudo-hermaphrodismus femininus mit Carcinom des Uterus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1900, p. 729. — **Schmidt**. Zur Kasuistik der chorio-épithelialen Scheidentumoren. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 47, p. 125. — **Litsinsky**. Bildung einer kunstlichen Scheide. *Monats. f. G. u. G.*, juillet 1909, p. 35. — **Tricomi**. Tuberc. prim. della vagina. *Riforma medica*, vol. IV, nos 15 et suiv., 1900. — **Turner**. A Case of Hermaphroditism. *The Lancet*, 30 juin 1900, p. 1884. — **Wertheim** (**E.**). Abdominale Totalexstirpation der Vagina. *Cent. f. Gynäk.*, n° 52, 29 déc. 1900, p. 1393.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Christiani** (**A.**). Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Gebärmuttervorfalls. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 135. — **Coville**. Traitement des prolapsus génitaux chez la femme. *Presse médicale*, septembre 1900, p. 201. — **David Durran**. Complete inversion of the uterus. *Lancet*, 17 nov. 1900. — **Engelmann**. Ueber eine sehr seltene Form vom Dammruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 46, p. 1225. — **Mériel**. Le releveur de l'anus et les prolapsus pelviens. *Gazette hebd.*, 26 nov. 1900, p. 1117. — **Siegfried Stocker**. Scheidenexstirpation bei Prolaps. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 46, p. 1227. — **Simone** (**Mattes**). Contributo clinico ed operatorio per la cura del prolasso genitale. *La pratica del medico*, anno I, n° 4, novembre 1900, p. 108. — **Spinelli**. Processo d'isteropessia mediata per la cura della retroversione uterina. *Arch. ital. di Ginecol.*, anno III, n° 5, 31 octobre 1900, p. 433. — **Tullio Ferrari**. Contributo al trattamento chirurgico degli spostamenti posteriori dell'utero. *Lucina*, octobre 1900, p. 145. — **Verneuil**. Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale. *Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, nov. 1900, n° 9, p. 289. (Discussion : Rouffart, Vince, Depage, Delétrez, Dejardin.) — **Wesley Bovée**. Complete Laceration of the perineum in joung Girls. *Am. J. Obst.*, oct. 1900, p. 490.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ajello**. Tuberc. primitiva del collo dell' utero. *Riforma medica*, vol. III, nos 52, 53, 54, 1900. —

Blondel (R.). Super-involution utérine avec aménorrhée et galactorrhée. *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 240. — **Bardet**. Dysménorrhée et Franklinisation. *Bull. méd. de l'Algérie*, 10-11e année, 2e série, n° 8, déc. 1900, p. 278. — **Druming**. Amenorrhœa. *Med. Record*, N.-Y., 28 july 1900. — **Hans v. Woerz**. Axendrehung des Uterus. *Mon. f. G. u. G.*, juillet 1900, p. 68. — **Jeannel**. Tech. de l'op. de Schrœder. *Arch. méd. Toulouse*, 15 nov. 1900. — **Kolommenkin**. Sogen. Chorioepithel malignum. *Mon. f. G. u. G.*, déc. 1900, p. 744. — **Merletti**. La funzione mestruale. *Ann. di ost. e. gin.*, oct. 1900, p. 798. — **Merletti (C.)**. La funzione mestruale. *Annali di ostetr. e ginec.*, XXIIe année, n° 11, nov. 1900, p. 861. — **Ryall**. Necrosis of the Cervix. *British gyn. journal*, nov. 1900, p. 177. — **Sécheyron**. L'entérite muco-membraneuse grave. Ses rapports avec les affections utérines. *Archives méd. de Toulouse*, 6e année, n° 24, 15 décembre 1900, p. 559. — **Stahl**. Curage, the adv. it posses. over curettage. *Am. gyn. a. Obst. J.*, nov. 1900, p. 315. — **Warszawski**. 14 selt. Fälle von Bauchwandfisteln des Uterus. *Mon. f. G. u. G.*, déc. 1900, p. 752.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bouglé**. Fibrome et cancer des ovaires. *Bull. Soc. anat.*, mai 1900, p. 514. — **Bovée**. Injur. to the Bladder and Ureters in radical surg. of Cancer of the Uterus. *Am. Gyn. a. Obst. J.*, nov. 1900, p. 412. — **Burckhard**. Ueber Thrombose und Embolie nach Myomoperationen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 105. — **Calderini**. Diag. e terapia del cancero del corpo dell 'utero. *Arch. di ost. e gin.*, nov. 1900. — **Céleo**. Modifications des organes pelviens après hystérectomie, avec ablation des annexes. *Bull. Soc anat.*, mai 1900, p. 475. — **Clark (J.-G.)**. Oper. treatment of Cancer of the Cervix. *Univ. med. Magazine*. Philadelphie, juin 1900, p. 235. — **Edward Malins**. Oper. treatment of fibroid tumors of the Uterus. *Lancet*, déc. 1900, p. 1637. — **Erlach**. *Beitrage z. Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen u. sacralen Totalexstirpation des Uterus f. die Radicalheilung des Gebarmutterkrebses*. Wien, 1900. — **Franqué (Otto v.)**. Das beginnende Portiocancroid und die Ausbreitungswege des Gebärmutterhalskrebses. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.*, XLIV Band, 2 Heft, p. 173. — **Guérard (H. A. v.)**. Bemerkungen zur abdominalen Totalexstirpation bei Myom. *Cent. f. Gynäk.*, n° 52, 29 déc. 1900, p. 1396. — **Haunnerschlag**. Anat. Verand. interstit. Myome im Wochenbett. *Mon. f. G. u. G.*, juillet 1900, p. 8. — **Jonnesco (Th.)**. Hystérectomie abdominale totale. Fermeture du plancher pelvien par le côlon pelvien. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie de Bukarest*, mai-juin 1900, n° 5, p. 108. — **Keiffer**. Etat des artères utérines dans le cancer utérin au début. *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 235. — **Keiffer**. Fibromes utérins et altérations psychiques et intestinales. *Bull. Soc. belge gyn.*, 1900, n° 8. — **Keith**. Fibroïd tum. and pregnancy. *Brit. gyn. Journal*, nov. 1900, p. 252. — **Kworostansky**. Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 1, p. 1. — **Lauwers**. Cancer du col compliqué d'hématométrie et d'hématosalpinx unilatéral. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1900, n° 8. — **Mason Knox**. Compression of the Ureters by myomata uteri. *Ann. f. Obst.*, octobre 1900, p. 496. — **Mayer (R.)**. Ueber Drusen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 39. — **Paoli (de)**.

Altri casi di fibromiomi uterini in gravidanza a proposito dello studio sull' assorbimento dei fibromiomi. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1900, nº 10, p. 597. — **Paoli** (**G. de**). Fibromiomi uterini in gravidanza. *Arch. di Ostet. e Gin.*, nov. 1900. — **Pichevin**. Encore le cancer utérin. *Sem. gynécol.*, 6 nov. 1900. — **Richardson** (**M. H.**). Remarks upon questions arising during the Removal of Fibroids, with Especial Reference to the Technique of the operation. *Boston Med. and Surg. Journ.*, vol. CXLIII, nº 25, 20 déc. 1900, p. 619. — **Richardson**. Surgery of Uterine fibroids. *Bost. Med. and Surgical Journal*, 5 jul. 1900, p. 1. — **Solowij** u. **Krzyskowski**. Chorionepitheliom und Blasenmoleufrage. *Mon. f. G. u. Gyn.*, juillet 1900, p. 15. — **Stouffs**. Fibrome pédiculé chez une femme enceinte de cinq mois. *Bull. Soc. belge de gyn.*, 1900, nº 8. — **Talmey**. Chorio epithelioma malignum. *Med. Record*, N.-Y., 28 july 1900. — **Vineberg**. Fibroid Uterus. *Annals of. Gyn. a. Ped.*, novembre 1900, p. 120. — **Wertheim**. Zur Frage der radical operation beim Uteruskrebs. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 36, p. 627. — **William F. Metcale**. Hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, octobre 1900, p. 511.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bazy**. Des abcès pelviens ouverts dans la vessie, de quelques fistules vésico-intestinales et de leur traitement. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 4ᵉ année, nº 6, 10 déc. 1900, p. 1069. — **Beaussenat** (**M.**), et **Blum** (**Ed.**). Dilatation, curettage et drainage prolongé de l'utérus, appliqués au traitement de certaines salpingites. *Revue de Gynéc. et de chir. abdom.*, 4ᵉ année, nº 6, 10 déc. 1900, p. 1027. — **Brin** (**H.**). Sur la rupture des salpingites. *Arch. méd. d'Angers*, 4ᵉ année, nº 12, 20 décembre 1900, p. 556. — **Carson** (**E.**). A large Pelvic extraperitoneal hematocele following dilatation of the cervix and curettage. *Am. J. Obst.*, octobre 1900, p. 516. — **Eicholz**. Du traitement général des exsudats chroniques du bassin de la femme par les bains de vapeur d'eau saline et la diète sèche. *Médecine moderne*, 1900, nº 65, p. 519. — **Harpöth** (**J.**). Beitrag zur Kasuistik der Sactosalpinx mit Torsion des Stieles. *Cent. f. Gynäk.*, nº 52, 29 déc. 1900, p. 1399. — **Harrison**. Pelvic hæmatocele and rel. to tubal pregnancy. *Am. Gyn. and Obst. J.*, nov. 1900, p. 405. — **Kelly** (**Howard A.**). The Removal of Pelvic inflammatory masses by the abdomen after bisection of the uterus. *Annals of Gynec. and Ped.*, vol. XIV, nº 3, décembre 1900, p. 174. — **Kelly** (**Howard A.**). The Removal of Pelvic inflammatory masses by the abdomen after bisection of the Uterus. *American journ. of Obstetrics*, vol. XLII, nº 276, déc. 1900, p. 818. — **Mauclaire**. Hémat. rétro-utérines récidivantes et alternantes avec une grossesse utérine. *Sem. gynéc.*, 17 juillet 1900. — **Nassauer** (**Max**). Heilung einer wahrscheinlich tuberkulösen Salpingitis bilateralis durch atrophisirende Gefässunterbindung? *Cent. f. Gynäk.*, nº 50, 15 décembre 1900, p. 1353. — **Rickettes** (**E.**). Tubo-Ovarian Abscess and How Best to Deal with it. *Annals of Gyn. and Ped.*, novembre 1900, p. 106.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. OVARIOTOMIE. — **Alban Doran**. Acute and chronic Torsion of the ovarian pedicle in the same subject. *Brit. med. Journal*, 14 july 1900, p. 75. — **Allaben**. Adherent Cysts of the Ovary and Broad ligament. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, oct. 1900,

p. 310. — **Babo**. Ueber intraovarielle Bildung mesonephrischer Adenomyome und Cystadenome. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p. 595. — **Bandher.** Die Dermoidcysten des ovariums, ihre Abkunft von der Wolff'schen Korper. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p 445. — **Bouilly** (**G.**). Ovarite scléro-kystique. *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 193. — **Boursier** (**A.**). Des kystes hydatiques du ligament large. *Revue mens. de gyn., obst. et péd. de Bordeaux*, t. II, nº 11, nov. 1900, p. 527. — **Chrysospathes** (**J. G.**). Doppelseitige, reine Hämatosalpinx infolge von harten, weissen adenomyomen beider Tubenwinkel. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.*, XLIV Band, 2, Heft, p. 238. — **Estor** (**E.**) et **Puech** (**P.**). Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 4ᵉ année, nº 6, 10 déc. 1900, p. 949. — **Grusdew**. Tuberk. Eierstockscyste oder eingekapselter Bauchfellexsudat. *Mon. f. G. u. G.*, juillet 1900, p. 84. — **Hassel** (**Van**). Kyste intra-ligamentaire gauche. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1900, nº 7. — **Hermann** (**Edm.**). Ueber ein mit einem Kystema pseudomucinosum combinirts Teratom eines accessorischen Ovariums. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk*, XLIV Band, 2 Heft, p. 217. — **Jones** (**M. D.**). The origin of ovarian Cyts. *Am. J. Obst.*, octobre 1900, p. 519. — **Mars**. Fibromyom des rechten Mutterbandes in Leistenkanal. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juli 1900, p. 1. — **Mendez**. Hematometria total. Ovariotomia doble. *Rev. med. y cirurgia de la Habana*, 10 sept. 1900. — **Monod** (**E.**). Ovariotomie après la ménopause. *Annales de la policl. de Bordeaux*, 12ᵉ année, nº 12, déc. 1900, p. 181. — **Ozenne**. Kyste de l'ovaire gauche. Torsion du pédicule. *Sem. gyn.*, 17 juillet 1900. — **Resinelli**. Vers. pleurico in donne aff. da tumori dell' ovaio. *Ann. di ost. e gin.*, oct. 1900, p. 831. — **Smith**. Remarks on the Technique in Dealing with the Pedicle in the Removal of intra-pelvic Growths and structures. *American jour. of Obstetrics*, vol. XLII, nº 276, déc. 1900, p. 842. — **Strassmann**. Ueber Embryoma ovarii. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p. 608.

ORGANES URINAIRES. — **Clark**. Sarcoma of the ureters with fibre of the round ligament. *Am. gyn. and obst. j.*, nov. 1900, p. 417. — **Deschamps**. Dilat. des uretères cons. à une paramétrite ancienne. *Bull. Soc. anat.*, mai 1900, p. 505. — **Eminente**. Contributo all' uretrocele *Archivio italiano di Ginecol.*, Anno III, 31 ottobre 1900, nº 5, p. 480. — **Gersuny** Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinæ. *Cent. f. Gyn.*, 1900, nº 48, p. 1281 — **Stehman**. A case of supposed Urethral Traumatism. *Am. gyn. and obst. j.*, oct. 1900, p. 306. — **Vitrac** (**Junior**). Il decubito ventrale permanente nella cura della fistole vescico-vaginali. *La Clinica ostetrica*, anno II, fasco 11, nov. 1900, p. 427. — **Witzel** (**O.**). Autocystoplastik und Kolpocystoplastik bei grossen Defekten der Blasen-Scheideinvand. *Cent. f. Gynæk.*, nº 50, 15 décembre 1900, p. 1337.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldwin**. The Diagnostic of Ectopic Pregnancy before Rupture; Based on Eleven Cases. *Annals of Gyn. and Ped.*, novembre 1900, p. 97. — **Doléris**. Traitement de la grossesse ectopique. *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 203. — **Faure** (**J.-L.**). Obs. de grossesse extra-utérine et d'hématocèle. *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 218. — **Letoux**. Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable (Rapport de TUFFIER).

Bull. Soc. chir., 12 déc. 1900. — **Lyth**. Tubal Gestation with Rupture in a Woman previously oper. upon for Tubal Gestation with Missed Labour. *Lancet*, 17 nov. 1900. — **Martin** (**Ch**.). Ruptured Cornual pregnancy. *Brit. gyn. Journ.*, nov. 1900, p. 179. — **Weindler**. Die Diagnose der frühzeitigen Extra-uteringraviditat mit Hülfe der Menstruationcurven. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p. 579.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baer**. Adv. of vaginal and abd. section. *Am. gyn. a. obst. Journ.*, nov. 1900, p. 401. — **Carl Beck**. Repairing the abd. Wall in Ventral hernia. *Med. News*, N. Y., 27 oct. 1900. — **Chaput**. Extraction au bout de sept ans d'une compresse de gaze oubliée dans le ventre et passée dans l'intestin, guérison. *Gaz. des hôpitaux.*, 1900, n° 143. p. 1535. — **Kelly** (**Howard A.**). A rapid and simple operation for Gall-Stones Found by Exploring the abdomen in the course of a Lower abdominal Operation. *Medical News*, vol. LXXVII, n° 25, 22 déc. 1900 (n° 1458), p. 959. — **Long** (**J. W.**). Drainage in abdominal surgery. *Annals of gynec. and Ped.*, vol. XIV, n° 3, décembre 1900, p. 161. — **Max Einhorn**. Apparant tumors of the abdomen. *Med. Recorl*, N.-Y., 24 nov. 1900. — **Montgomery**. Hæmostasis in abd. surgical. *Am. gyn. and obst. Journal*, oct. 1900, p. 301. — **Stanmore Bishop**. Preventiven measures in abd. surgery. *Brit. gyn. Journal.*, nov. 1900, p. 181. — **White**. Blood Changes following Celiotomy. *Univ. med. magazine*. Philad., juin 1900, p. 235. — **Wright**. Abdominal tumour (included fœtus). *Brit. med. J.*, 17 nov. 1900, p. 1428.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bayer** (**Yosef**). Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin. *Sammlung klin. Vortr.*, n° 289, décembre 1900. — **Olshausen**. *Beitrag zur Lehre von Mechanismus der Geburt an Grund klinischer Beobachtungen u. Erfahrungen*, Stuttgart, 1900.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bonomi**. Appar. circolatorio in gravidanza. *Ann. di ost. e gin.*, oct. 1900, p. 753. — **Burgio**. Uovo humano tra i 12 e 13 giorni sviluppo. *Arch. di Ost. e Gin.*, nov. 1900. — **Gœnner** (**Alfr**.). Hundert Messungen weiblicher Becken au der Leiche. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.* XLIV Band, 2 Heft, p. 309. — **Migliorini** (**G**.). Ricerche istologiche sull'epitelio e sulle paracheratosi dell amnios umano. *Archivio per le scienze mediche*, vol. XXIV, n° 12, p. 229. — **Sfameni** (**Pasq**.). Sulla composizione chimica della placenta e del sangue fetale nel momento del parto etc. *Annali di ostetr. e ginec.*, XXII° année, n° 11, nov. 1900, p. 1009.

GROSSESSE. — **Greco**. Il potere riduttivo dell'urina negli ultimi mesi di gravidanza. *Archivio Italiano di Ginecol.*, anno III, 31 ottobre 1900, n° 5, p. 439. — **Maillart** (**H**.). Ueber den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose. *Cent. f. Gynäk.*, n° 50, 15 déc. 1900, p. 1342.

SUITES DE COUCHES. — **Burckhard** (**G**.). Gangrän der äuteren

Extremitäten in Vochenbette. *Cent. f. Gynäk.*, nº 51, 22 décembre 1900, p. 1381.

DYSTOCIE. — **Ayers (E.-A.).** Prev. of Dystocia due to fetal and pelvic disproportion. *Med. News*, N.-Y., 30 juin 1900, p. 1025. — **Bossi (L.-M.).** Sulla cisti ovariche quali cause distociche. *Annali di ostetr. e ginec.*, XXIIe année, nº 11, nov. 1900, p. 853. — **Chaleix-Vivie (M.).** Un cas de chancre syphilitique du vagin chez une femme enceinte. Dystocie cervicale. Grandes incisions du col, sutures ultérieures. *Revue mens. de gyn. obst. et Pæd. de Bordeaux*, t. II, nº 10, octobre 1900, p. 501.— **Fortun.** Distocia fror brevedad accidental del cordon ombilical. *Rev. de méd. y cir. de la Habana*, 25 oct. 1900. — **Gemmell.** Fibroïd tumour as a compl. of Pregnancy and Labour. *Lancet*, 17 nov. 1900. — **Pamart.** Un cas rare de dystocie fœtale. *La Médecine moderne*, 1900, nº 69, p. 549. — **Stahl (F.-A.).** Fibromatous Uterus in Labor. *Am. gyn. and obst. j.*; nov. 1900, p. 420.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Cragin.** Full term ectopic gestation. *Am. Gyn. and Obst., J.*, nov. 1900, p. 435. — **Kühlmann.** *Die Graviditat interstitialis*. Strassburg, 1900. — **Pestalozza.** Sulla gravidanza extra-uterina ripetuta. *Arch. Ital. di Ginecol.*, anno III, 31 octobre 1900, nº 5, p. 474. — **Ulesko Stroganova.** Anat. Veränderungen d. schwang. tube in Bereich. d. Eiinsertion. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1900, p. 710. — **Willi Strause.** Tubargravidität bei gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 26.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Bertino (Aless.).** Contributo allo studio del parto nell' anencefalia e nell' idrocefalia. *Annali di Ostetr. e Ginec.*, XXIIe année, nº 11, nov. 1900, p, 943. — **Cabannes.** Paralysie faciale congénitale. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 47e année, nº 102, 23 décembre 1900, p. 1213. — **Fiske (E. L.).** A case of congenital ventral Hernia. *American Journ. of obstetrics*, vol. XLII, nº 276, déc. 1900, p. 845. — **Gardini.** L'allatamento materno. *Lucina*, novembre 1900, p. 161. — **Gourdon (J.).** Quatre cas de surélévation congénitale de l'omoplate. *Revue mens. de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, t. II, nº 11, nov. 1900, p. 533. — **Herz.** *Klinische Untersuchungen an 100 Neugeborenen*. Fribourg, 1900. — **Martin (A.).** Z. Nabelschnurversorgung bei Neugeb. *Mon. f. G. und G.*, déc. 1900, p. 762. — **Palleske.** Geb. eines Thoracopagus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1900, p. 5. — **Reynolds Wilson.** Spina bifida. *Am. J. Obst.*, octobre 1900, p. 445. — **Valdagni.** Contributo allo studio dei vizii cardiaci nel fœto. *Arch. Ital. di Ginecol.*, Anno III, 31 octobre 1900, nº 5, p. 452. — **Weeks.** Ophtalm. neonatome. *Am. gyn. a obst. j.*, nov. 1900, p. 429. — **Winstaz-Eyer (M. H.).** Un cas d'hydrocéphalie. *Bulletin mens. de la Société vaudoise des sages-femmes*, 3e année, nº 1, janv. 1901, p. 6. — **Zweifel (Pr).** Die Vebreitung der Angeneiterung Neugeborener. *Cent. f. Gynäk.*, nº 51, 22 décembre 1900, p. 1361.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Caruso (F.).** Ulteriore contributo alla questione dell' aborto provocato. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1900, nº 10, p. 577. — **Doléris.** De l'avortement provoqué brusque. *La Semaine médicale*, septembre 1900, p. 299. — **Fischer.** *Ueber den Wert d. Symphyseotomie in der geburtshl. Praxes*. Leipzig, 1900. —

Heymann. Ueber den Werth der kiwischschen Scheidendouchen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, etc. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Aft. 1, p. 188. — **Paoli (De)**. Taglio cesareo con abl. totale dell' utero. *Ann. di Ost. e Gin.*, oct. 1900, p. 844. — **Ponticelli**. Il problema della sinfisiotomia considerato da lato mecanico. *La Clinica ostetrica*, anno II, fasc. 11, nov. 1900, p. 413. — **William P. Carr**. The objections to Symphysiotomy and how to overcome them. *Am. J. Obst.*, octobre 1900, p. 474.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld und Stahler**. Klin. Erfahr. euber Placentaretention nebst bakt. Untersuch. *Mon. f. G. u. G.*, déc. 1900, p. 671. — **Andérodias (J.)**. Diphtérie et gravidisme (Recherches cliniques et expérimentales). *Revue mens. de gyn., obst. et péd. de Bordeaux*, t. II, n° 10, octobre 1900, p, 490. — **Blacker (G. F.)**. The causation, prevention, and treatment of post-partum hæmorrhage. *The Lancet*, n° 4035, 29 déc. 1900, p. 1864. — **Blumreich**. Ueber abnormen Geburtsmechanismus bei Placenta prævia. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p. 565. — **Bonneau et Audebert**. Appendicite et grossesse. *Arch. méd. de Toulouse*, 1er nov. 1900. — **Brodhead (G.L.)**. The treatment of Persistent occipito-posterior Positions of the Wertex. *American Journ. of Obstetrics*, vol. XLII, n° 276, déc. 1900, p. 806. — **Burchard**. Gangrän der unteren Extremitäten in Wochenbette. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 51, p. 1381. — **Bustamante**. Hemorrh. al final de la gestación. *Rev. de med. y cir. de la Habana*, 10 nov. 1900. — **Byers (J. W)**. The prevention and treatment of post-partum hemorrhage. *The Am. J. of Obst.*, octobre 1900, p. 433. — **Cairis**. De la septicémie puerpérale compliquée avec hémoglobuminurie quinique et phlegmon de la paroi abdominale. *La Médecine moderne*, janvier 1901, p, 577. — **Dührssen**. Ein neuer Fäll von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 3, p. 548. — **Fitzgevald**. Puerperal Eklampsia, its treat. by morphine. *Brit. med. journ.*, 24 nov. 1900, p. 1496. — **Francis D. Donoghue**. Treat. of placenta prævia by cesarean section. *Bost. med. and surg. J.*, 6 déc. 1900. — **Gardini**. Un caso di rottura del utero durante il travaglio. *Lucina*, 1er déc. 1900. — **Gaulard**. Traitement de l'éclampsie. *Presse médicale*, janvier 1901, p. 5. — **Green (Ch. M.)**. The Value of the Hot-Water, Immersion Bath in the treatment of Threatening Puerperal Eclampsia. *Boston medic. and surg. journ.*, vol. CXLIII, n° 25, 20 déc. 1900, p. 624. — **Keith**. Fibroid tumour and pregnancy. *British gyn. J.*, novembre 1900, p. 252. — **Killebrenc**. Treatment of puerp. eclampsia. *Med. News*, N.-Y., 3 nov. 1900. — **Kossmann**. Zur Geschichte der Traubenmole. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 1, p. 153. — **Krusen (W.)**. Varicose veins of the Vulva complicating pregnancy. Dermoïd Cyst. *Am. Gyn. a. Obst. j.*, oct. 1900, p. 304. — **Loi**. Vomito incoercible cur. cotla interr. della gravidanza. *Rif. medica*, vol. III, n° 50, 1900. — **Martin**. Zur Pathologie der Placenta. *Cent. f. Gyn.*, n° 40, p. 1153. — **Maygrier**. De quelques variétés cliniques d'hémorrhagies puerpérales. *La Semaine médicale*, novembre 1900, p. 400. — **Pastore**. Oligoamnios, fattore di procid. dell cordone. *Rif. medica*, vol. IV, n° 35, 1900. — **Picqué**. Grossesse de cinq mois compliquée d'un hémato-salpinx à pédicule tordu. Guérison. *Soc. de chirurgie*, 12 déc. 1900. — **Poget-Nickless (M. M.)**. Un cas d'avorte-

ment suspendu. *Bulletin mens. de la Société vaudoise des sages-femmes*, 3e année, n° 1, janv. 1901, p. 10. — **Perrando**. Sulle alterazioni, istologische cui va incontro la placenta abandonnata in varii Ambienti. *Riforma medica*, t. IV, p, 614, 626, 639, nov.-déc. 1900. — **Read**. A case of Puerp. sept. treated by antistrept. serum. *The Lancet*, 15 déc. 1900, p. 1725. — **Steiner** (V.). Zur Behandlung des Puerperalfiebers. *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 1163. — **Thienhaus** (O.). Vaginal hysteromyomectomy and morcellement of the myomatous uterus. *Am. J. Obst.*, octobre 1900, p. 460. — **Waller** (H. E.) et **Gibbs** (Fr. R.). A case of puerperal fever successfully treated with antistreptococcic serum. *The Lancet*, n° 4035, 29 déc. 1900, p. 1873. — **Walthard**. Der Diplostreptococcus und seine Bedeutung für die Ætiologie der Peritonitis puerperalis. *Monats. f. G. u. Gyn.*, déc. 1900, p. 688. — **Wormser**. L'infection de la cavité utérine pendant les suites de couches. *La Semaine médicale*, novembre 1900, p. 383. — **Worsmser** (E.). Ueberer spontane Gangrän der Beine in Wochenbettes. *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 1154.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Doléris** (A.) et **Malartic** (H.). Analgésie ol stétricale par injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. *Revue de thérap. méd. chirurg.* 67e année, n° 24, 15 décembre 1900, p. 829. — **Ehrenfest** (H.). A few remarks on the use of medullary narcosis in obstetrical cases. *Medical Record*, vol. 58, n° 25, 22 déc. 1900 (n° 1572), p. 967. — **Jaks** (A.). Der Gebärtmantel. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 46, p. 1229.

VARIA. — **Fraenkel**. Die klinische Bedeutung der Lactationsatrophie des uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 1, p. 121. — **Fritsch**. *Gerichtsärztliche Geburtshulfe*. Stuttgart, 1900. — **Kalabin**. Einige Worte gelegentlich des Besuchs Geburtshilflicher Kliniken in Paris, Berlin, Leipzig, Dresden und Genf. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 48, p. 1284. — **Noto**. Sinfisiti pelviche. *La Riforma medica*, vol. III, nos 27, 28 et 29, 1900. — **Patellaini**. Quesiti medico-legali relativi alla legittimite della prole. *Lucina*, octobre 1900, p. 152. — **Poten**. Das preussische Hebammenlerhrbuch. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 1, p. 170. — **Sticher**. Die Bedeutung der Scheidenkeime in de Geburtshulfe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft. 1, p. 117.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

HYSTÉRECTOMIES CUNÉIFORMES LONGITUDINALES

POUR TRAITER LES LÉSIONS DE L'UTÉRUS

DANS LES CAS DE DÉVIATIONS

Par le Dr **Mauclaire**,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Assurément, plusieurs facteurs principaux entrent en ligne de compte pour expliquer les déviations utérines ; ce sont : 1° la ptose soit généralisée à tous les viscères abdominaux, soit localisée aux ligaments et organes qui maintiennent la fixité de l'utérus ; 2° les lésions inflammatoires congestives ou infectieuses de la cavité utérine, *et beaucoup de déviations sont sans aucun doute des reliquats d'infection utérine* ; 3° les lésions anatomiques de cet utérus dévié, lésions que l'on a tendance à considérer comme consécutives au relâchement ligamentaire ; ajoutons, peut-être aussi, aux lésions vasculo-nerveuses et qui, cependant, peuvent être primitives ; les déviations congénitales en sont la preuve jusqu'à un certain point.

Ce sont ces lésions anatomiques, que nous avons surtout en vue sans entrer plus avant dans l'étude pathogénique des déviations utérines. Elles sont très importantes ; mais loin de nous l'idée de vouloir rétablir l'opinion de Velpeau, pour qui la déviation utérine était la cause unique de toutes les maladies de la matrice. Nous avons eu l'occasion d'étudier ces lésions en 1895 (1) à propos de recherches faites sur les moulages des cavités utérines et, dès cette époque, nous nous sommes demandé pourquoi dans le traitement des déviations utérines

(1) MAUCLAIRE. Moulages de la cavité utérine. *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1895, et *Annales de gynécologie*, 1897.

l'intervention ne porterait-elle pas plus souvent et sur les ligaments des organes de fixité et sur l'utérus lui-même.

Antéflexion utérine.

Les lésions anatomiques de l'utérus antéfléchi sont des plus variées.

Rappelons tout d'abord qu'avec Gaillard (Thomas) on peut distinguer : 1° l'antéflexion du corps : l'axe du col est normal, mais le corps est incliné en avant ; 2° l'antéflexion du col : le corps est normal, mais le col est porté en avant ; 3° l'antéflexion du col et du corps : les deux segments de l'utérus font un angle très aigu ouvert en avant.

L'angle de flexion peut se faire soit sur le corps, soit sur le col, soit au niveau de l'isthme, et cet angle peut être obtus, droit, aigu : ajoutons, d'après nos recherches, creux ou plein.

Enfin l'antéflexion peut être combinée à l'antéversion, la rétroversion, la latéroversion, la latéroposition et la latéroflexion.

Saenger admet comme fréquente l'antéflexion congénitale caractérisée par l'existence d'une crête médiane antérieure partant du col et se prolongeant sur la paroi vaginale antérieure. D'autre part, la distance séparant la vulve du cul-de-sac vaginal antérieur serait dans ce cas très courte.

Schultze (1), dans son remarquable Traité, affirme que l'antéflexion congénitale se constitue surtout pendant la période infantile, et qu'elle résulte des troubles dans l'évolution et les rapports réciproques du vagin et du col. Celui-ci est conique, trapézoïde avec un orifice étroit ; la lèvre antérieure est atrophiée et le vagin très court.

Dans les différentes variétés d'antéflexion, la perméabilité du canal utérin peut être supprimée, réellement ou virtuellement. La consistance de l'organe est des plus variables ; tantôt elle

---

(1) SCHULTZE. *Déviations utérines*. Traduction par HERRGOTT (de Nancy), Paris, 1884.

est normale, tantôt elle est molle ; tantôt elle est ferme, rigide, surtout au niveau de la paroi antérieure. La réductibilité de la déviation est tantôt très facile ; le corps joue sur le col et peut même se mettre en rétroflexion si la malade est couchée. Tantôt cette réductibilité est impossible ; elle est minime et le corps revient brusquement sur le col comme mû par un ressort. Parfois cette réductibilité est impossible. On peut noter l'hypertrophie du corps utérin ou de la portion sus-vaginale du col ; l'hypertrophie peut ne siéger que sur la paroi postérieure. Le plus souvent l'organe est plus ou moins atrophié, dans son ensemble ou au niveau de sa paroi antérieure. Dans l'angle de flexion antérieure nous avons trouvé plusieurs fois comme du tissu cicatriciel ou fibro-élastique.

Quant aux lésions des vaisseaux sanguins utérins et des nerfs, elles sont à peine signalées ; c'est tout juste si on constate que les gaines vasculaires sont, comme l'organe, coudées au niveau de l'angle de flexion. Mais ces vaisseaux sont-ils encore très perméables ? et quel est l'état histologique des nerfs ? Voilà autant de points qui, mieux précisés, élucideraient peut-être la pathogénie des déviations dont quelques-unes seraient dès lors de nature purement trophique.

Signalons encore des lésions de voisinage qui peuvent avoir leur importance : c'est, en arrière, des adhérences de pelvi-péritonite, au sommet de l'angle de flexion ; c'est de la paramétrite postérieure ; c'est le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ou muscles rétracteurs de Luska agissant sur le segment sus-vaginal du col (Schultze, Martin, Schrœder). Ce sont, enfin, des lésions salpingo-ovariennes, ou péritonéales, qui par des dispositions anatomiques diverses peuvent maintenir la déviation.

Il est évident que cette diversité des lésions n'est pas due au hasard. Aux causes multiples et combinées répondent des déviations également variées. Ce qui est démontré par cet aperçu anatomique, c'est que les lésions utérines sont assez marquées, en général. Dès lors dans le traitement il faut s'attaquer

non seulement aux moyens de fixité, mais aussi à l'utérus lui-même.

C'est ce qui a été fait, si l'on envisage les opérations sanglantes pratiquées pour le traitement de l'antéflexion utérine. Les unes suppriment la sténose cervicale avec ou sans raccourcissement du col; ce sont : l'incision cruciale de l'orifice externe (Gaillard Thomas) ; la discission bilatérale du canal cervical (Simpson); la discission antéro-postérieure du col (Sims); l'évidement conoïde de la lèvre postérieure (Küster); l'évidement commissural du col (Pozzi). l'amputation cervicale (Schrœder).

Les autres redressent l'angle de flexion en diminuant la longueur de la courbure postérieure de l'utérus : opération de Nourse, d'Abbot; la cunéihystérectomie postérieure abdominale de Thiriar, la cunéihystérectomie vaginale de Reed (1) ou de Dudley.

Les autres, enfin, renforcent l'appareil suspenseur de l'utérus : hystéropexie abdominale (de Holme, Laroyenne) (2), l'hystéropexie vaginale de Nicoletis, Richelot; l'opération d'Alexander, la colporrhaphie pré-cervicale (de Doléris).

Thiriar, en 1892 (3), fit la cunéihystérectomie postérieure au niveau de la partie convexe de l'angle de flexion. En suturant les bords de cette plaie de la paroi postérieure l'organe est redressé. L'excision de 2 centim. environ de large doit comprendre tout le tissu utérin jusqu'à la muqueuse exclusivement.

L'opération de Thiriar et de Reed porte sur le corps de l'utérus. Elle est des plus logiques et cependant, étant données les diversités anatomiques des anteflexions, il nous semble qu'une excision cuneiforme longitudinale faite et sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'utérus est également justifiée, si nous en jugeons par l'observation suivante :

---

(1) REED. *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1892, p. 892.

(2) Voir CONDAMIN. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er mai 1896.

(3) THIRIAR. Congrès de Bruxelles 1892. in *Annales de Gynécologie*, 1893, p. 26.

Obs. 1. — *Antéflexion douloureuse et irréductible. Traitement par l'hystérectomie longitudinale cunéiforme, superficielle, médiane, antérieure et postérieure, et l'affrontement des deux ligaments utéro-sacrés avivés.*

Nous avons eu à soigner une malade présentant une antéflexion utérine irréductible donnant lieu à des mictions fréquentes et douloureuses. Pendant plusieurs mois nous avons essayé la dilatation utérine avec les tiges de laminaire et le curettage utérin suivi de repos au lit. Il n'y eut aucune amélioration.

Nous fîmes dès lors l'opération complexe suivante :

Opération. — 1er Temps. — Laparotomie sur la ligne médiane.

L'abdomen une fois ouvert, nous trouvons l'utérus antéfléchi : il a un volume à peu près normal. L'angle que font le corps et le col est presque droit. Si on essaie de redresser le corps il revient sur le col comme mû par un ressort.

Il y avait en outre des lésions annexielles, consistant en dégénérescence atrophique, scléro-kystique des deux ovaires avec adhérences péritonéales assez résistantes. Celles-ci furent dilacérées ; les ovaires libérés, et pour traiter la déviation utérine nous eûmes recours aux temps opératoires suivants :

2e Temps. — Excision utérine cunéiforme, longitudinale, médiane, anterieure et postérieure : cette excision allant depuis la base de l'utérus jusqu'à l'insertion vaginale du col. Le coin excisé en forme de tranche d'orange présente tout au plus un demi-centimètre de profondeur, de manière à ne pas ouvrir la cavité utérine.

Les plaies utérines antérieure et postérieure saignent peu, car elles sont exactement médianes. Elles sont suturées transversalement au catgut par des points séparés.

Après cette excision et cette suture, l'utérus se maintient bien redressé. Nous avions d'ailleurs déjà constaté le fait antérieurement au cours de recherches cadavériques sur les moulages de la cavité utérine. Ayant un grand nombre d'utérus à notre disposition, nous avons fait souvent sur le cadavre cette excision longitudinale pour redresser des utérus antéfléchis ou rétrofléchis.

3e Temps. — Pour éviter l'antéversion consécutive et pour bien maintenir le redressement nous avons raccourci légèrement les ligaments utéro-sacrés en les affrontant après avivement sur une longueur de 2 ou 3 centimètres.

4e Temps. — La paroi abdominale est fermée.

Suites opératoires. — La malade fut maintenue dans le décubitus dorsal pendant trois semaines. Elle alla bien pendant près d'un mois, mais quelques douleurs reparurent, la réduction était cependant maintenue. Je pense que quelques adhérences péri-ovariennes se sont reformées, et malgré le jeune âge de la malade, 26 ans, l'ovariectomie aurait été

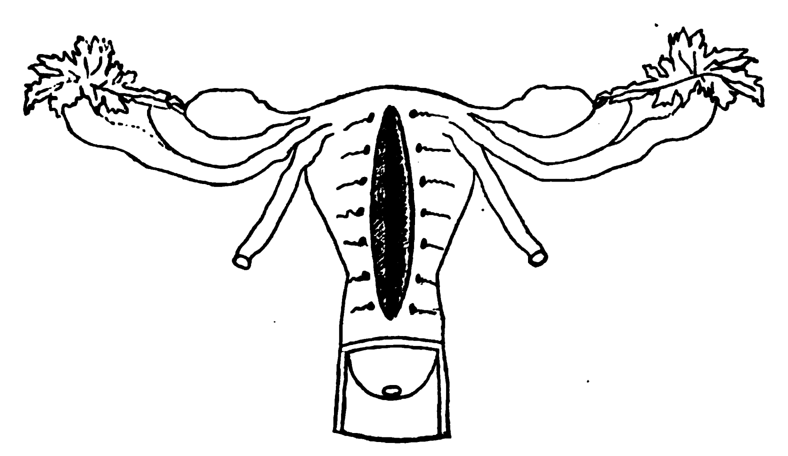


Figure schématique. — Hystérectomie cunéiforme superficielle et médiane représentée ici, faite sur la paroi antérieure de l'utérus.

préférable. Les troubles de la miction étaient disparus, ce qui nous fait attribuer les douleurs persistantes aux adhérences ovariennes reformées, Depuis, la malade n'a pas pu être revue malgré nos recherches.

Ce procédé longitudinal a sur la résection cunéiforme postérieure transversale l'avantage de modifier les deux parois utérines, car souvent toutes deux sont altérées dans leur structure. Mais il est évident que les deux procédés pouvaient être combinés, car ce qu'il faut obtenir c'est le redressement de l'utérus.

Un autre point intéressant dans notre observation c'est la suture des ligaments utéro-sacrés.

Rappelons que Schultze, en 1880, puis Saenger proposèrent de raccourcir les ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale pour traiter les rétrodéviations dues à l'allongement de ces liga-

ments. Kelly proposa la voie abdominale, c'est ce qui fut fait pour la première fois par Frommel (d'Erlangen) en 1889. Dans ce procédé les ligaments sont rétrécis par coudure à concavité interne, et le sommet du pli ligamenteux est fixé aux parties latérales du bassin pour maintenir permanente cette coudure artificielle.

Gottschalk (1), Polk (2), ont recommandé le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale, par le cul-de-sac postérieur pour traiter les rétrodéviations utérines quand ces ligaments étaient allongés. Ajoutons que Wertheim et Mandl (3) font ce raccourcissement par le cul-de-sac vaginal antérieur, et Hochenegg (4) par la voie sacrée.

Chez notre malade nous nous sommes contenté d'aviver ces ligaments et de les affronter en les attirant sur la ligne médiane sur une longueur de quelques centimètres, ce qui ne les raccourcit que très peu; chez notre malade ils paraissaient un peu allongés.

Enfin, il est évident que, à notre avis, l'antéversion est justiciable du traitement que nous avons appliqué à l'antéflexion.

Rétroflexion utérine.

A propos des antéflexions nous avons montré le rôle des lésions anatomiques de l'utérus, lésions qui ne doivent pas toujours être considérées comme consécutives à la déviation de l'organe. Il en est de même pour la rétroflexion dont les lésions anatomiques offrent une certaine symétrie avec celles de l'antéflexion.

On peut noter ici : 1° La rétroflexion du corps, l'axe du col étant normal et le corps est incliné en arrière; 2° la rétroflexion du col, le corps est normal, mais le col est porté en arrière; 3° la rétroflexion du corps et du col, les deux segments sont

(1) GOTTSCHALK. *Centrablatt für Gynækologie*, 16 avril 1896.

(2) POLK. *Rapport au Congrès de Gynécologie de Genève*, sept. 1896.

(3) WERTHEIM et MANDL. *Centralblatt f. Gynæk.*, 2 mai 1896.

(4) HOCHENEGG. *Centrabl. f. Gynæk.*, 20 avril 1895.

portés en arrière et forment un angle très aigu. L'angle de flexion peut se faire soit sur le corps, soit sur le col, soit au niveau de l'utérus. Cet angle peut être obtus, droit ou aigu. Ici le canal utérin conserve souvent sa perméabilité. La paroi antérieure est souvent amincie (Ruge, Pichevin), parfois c'est la paroi postérieure (Fristch). La consistance de l'utérus est le plus souvent normale; la réductibilité est des plus variables comme dans l'antéflexion, le corps dans les tentatives de réduction revient parfois comme mû par un ressort. Cette réduction brusque et spéciale a été notée non seulement sur l'utérus mort mais aussi sur l'utérus vivant (Schwartz (1), Tuffier) ; on peut trouver des adhérences fibro-élastiques entre le corps et le col. Ce qui est spécialisé, c'est la coexistence fréquente de la rétinite et des lésions péri-utérines, des salpingo-ovarites, des adhérences péritonéales qui plus que pour l'antéflexion ont joué un rôle dans la pathogénie de la déviation. Le prolapsus et l'entéroptose concomitante sont également fréquents à divers degrés. Quant aux lésions vasculo-nerveuses de l'organe, elles ne sont pas encore bien connues.

Enfin Schultze, dans son remarquable traité des déviations utérines, affirme que 9 fois sur 10, la rétroflexion est due à un relâchement des ligaments utéro-sacrés. Quant à la sclérose de l'utérus, elle est évidente (Pichevin) (2) et le tissu musculaire est remplacé par des tissus fibreux tout comme dans la sclérose purement métritique (Richelot) (3). Des lésions de paramétrite antérieure, postérieure ou supérieure (le long du ligament infundibulo-pelvien) ont été signalées, de même que parfois des cicatrices vaginales.

Dès lors, pour traiter une rétroflexion, il semble qu'il faille s'adresser : 1° aux ligaments et organes de fixité de l'utérus; 2° aux annexes utérines souvent malades ; 3° à l'utérus lui-

---

(1) SCHWARTZ. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894, p. 242, t. II.

(2) PICHEVIN. *Congrès de Genève*, 1896, in *Annales de gynécologie*, 1896, p. 350.

(3) RICHELOT in HEPP. *Des scléroses utérines*, thèse Paris, 1898.

même. C'est ce que nous avons fait dans l'observation suivante :

Obs. 2. — *Rétroflexion utérine douloureuse et irréductible. Traitement par : — 1° L'hystérectomie longitudinale cunéiforme, superficielle, médiane, antérieure et postérieure. — 2° L'affrontement des deux ligaments utéro-sacrés avivés. — 3° La ligamentopexie intra-pariétale médiane antérieure des ligaments ronds. — 4° La salpingo-ovaropexie ligamentaire.*

Nous avons eu l'occasion de soigner une malade atteinte de rétroflexion utérine déjà ancienne et non réductible par les pessaires. Le périnée n'était pas déchiré, il n'y avait aucun prolapsus vaginal, ce qui nous fit éliminer la nécessité d'une opération plastique vaginale. Nous pratiquâmes l'opération complexe suivante.

Opération. 1er Temps. — *Laparotomie médiane et examen des lésions.* Le ventre une fois ouvert, nous notons que l'utérus est rétrofléchi mais sans prolapsus, il est un peu augmenté de volume. En cherchant à réduire l'utérus, le corps revient sur le col comme attiré par un ressort situé au niveau de l'isthme. Dans le cul-de-sac postérieur plongeaient les annexes un peu hypertrophiées mais non entourées d'adhérences.

2e Temps. — *Excision cunéiforme, longitudinale, superficielle, médiane et sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'utérus.* Cette excision part du fond de l'utérus et descend jusqu'à l'insertion vaginale du col. La portion d'utérus excisée à la forme d'une tranche d'orange, présentait un demi-centimètre de profondeur.

.Les plaies utérines antérieure et postérieure saignent peu, elles sont suturées transversalement au catgut par des points séparés.

Après cette excision et cette suture, l'utérus se maintient bien rectiligne.

3e Temps. — *Salpingo-ovaropexie ligamentaire.* Des deux côtés, la partie externe du ligament large est plissée comme dans le procédé d'ovaropexie d'Imlach. De plus, un point de suture en bourse ramène en avant la moitié externe des trompes prolabées et l'ovaire.

4e Temps. — *Affrontement et sutures des ligaments utéro-sacrés avivés.* Pour éviter la rétroversion consécutive, nous pratiquons l'avivement des deux ligaments utéro-sacrés sur une longueur de 2 centim. et leur affrontement par deux points de suture au catgut.

5e Temps. — *Ligamentopexie intra-pariétale médiane et antérieure des deux ligaments ronds.*

Les ligaments ronds sont détachés au niveau de l'orifice inguinal interne, ils sont attirés en avant sur la ligne médiane et suturés à droite et à gauche, comme dans le procédé de Ruggi-Doléris sur lequel nous reviendrons plus loin.

Suites opératoires. — Notre malade alla bien pendant six semaines, jusqu'au moment de sa sortie, mais elle n'a pu être revue malgré nos recherches.

L'excision cunéiforme doit être antérieure et postérieure et non simplement antérieure, car les deux parois utérines sont le plus souvent altérées toutes deux dans leur structure. C'est pour la même raison qu'elle doit être longitudinale. Cependant elle pouvait être combinée avec une résection transversale. Ce qu'il faut, c'est redresser l'utérus.

En 1897, au 12e Congrès des sciences médicales de Moscou, Jonnesco (1) a proposé la cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et plicature des ligaments larges ; il a rapporté quatre observations à l'appui avec bons résultats. Mais comme nous venons de le dire, les deux parois de l'utérus sont souvent malades et dans plusieurs cas rapportés par Pichevin et dans quelques-unes de nos pièces la paroi postérieure était trois à quatre fois plus épaisse que l'antérieure.

L'affrontement des ligaments utéro-sacrés a pour but de les raccourcir, car dans notre cas, il étaient allongés. De plus, il forme une sorte de cloison empêchant le corps utérin suturé de venir comprimer le rectum. Cette sangle rappelle celle que Duret et J. Cayre (2) constituent en sectionnant les ligaments larges près de l'utérus et en suturant derrière celui-ci les deux extrémités externes des ligaments sectionnés.

Quant au raccourcissement des ligaments larges, on sait qu'il porte : soit sur leur partie supérieure et interne (Tait), soit

(1) Jonnesco. Voir *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, p. 465.

(2) Duret et Cayre. Redressement de l'utérus rétrofléchi par suture des lambeaux des ligaments larges en arrière de l'organe. *J. des Sc. médicales de Lille*, 1899.

sur le bord externe (Imlach) (1), soit sur le bord interne (Delagenière), soit sur le bord supérieur et le bord inférieur avec suture antérieure du ligament rond (Hartmann) (2). Nous venons de dire que Duret et Cayre adossent en arrière de l'utérus les extrémités externes sectionnées près de l'utérus. Nous avons employé le procédé d'Imlach, qui permet de faire plusieurs plis en des directions diverses, et c'est entre deux plis que nous fixons l'ovaire par un point de suture. Mais que deviennent par la suite chez des femmes entéroptosées tous ces plissements des ligament larges? Dans tous les cas, ils ne sont indiqués que si les lésions annexielles par leur volume et leur poids ne sont pas cause de la rétroversion. Dans ce cas la salpingo-ovariectomie est évidemment préférable.

La ligamentopexie médiane antérieure est un perfectionnement du raccourcissement par coudure et suture des ligaments ronds en avant de l'utérus (procédé Polk) et du procédé de raccourcissement par coudure de l'extrémité utérine des ligaments ronds et sa fixation sur la face antérieure de l'utérus (procédé de Dudley).

D'après Spinelli, c'est Ruggi (3) (de Bologne) qui, le premier, en 1887, dans un cas de prolapsus utérin, pratiqua l'hystéropexie funiculo-abdominale et publia le procédé en 1888.

Doléris (4), en 1889, publia son procédé d'inclusion pariétale des trompes ou pédicules des ligaments ronds. Les ligaments ronds sont attirés dans la plaie abdominale médiane et suturés aux divers plans de la paroi. Spinelli reproche à ce procédé de laisser entre les deux ligaments un espace triangulaire dans lequel peut s'insinuer et s'étrangler une anse intestinale.

(1) IMLACH. *Edinburg Med. Journ.*, avril 1885.

(2) HARTMANN. XIII[e] Congrès international de médecine, in *Annales de gynécologie,* 1900 sept. p. 362.

(3) RUGGI. *Bull. des Sc. méd. de Bologne,* 1888.

(4) DOLÉRIS. *Soc. obstétricale et gynécologique de Paris,* 1889, et *Société d'obst., de gynéc. et de pédiatrie,* 1900, et FUMEY, Thèse Paris, 1900, et *XIII[e] Congrès international de médecine.*

Beck (1), en 1897, emploie la technique opératoire de Doléris. Récemment (*Americ. J. of Obstetrics and Gynec.*, sept. 1900) il conseille, si la tension des ligaments ronds est trop considérable, d'inciser le bord interne des deux muscles droits et de faire passer les ligaments dans ces incisions que l'on suture ensuite.

Naullau publia les cas de MM. Vignard et Bureau (de Nantes).

Spinelli a exposé de nouveau son procédé au XIIIe Congrès international de médecine (2). Il replie les ligaments ronds sur la paroi antérieure de l'utérus; il les réunit entre eux et les suture à la face antérieure de la matrice par un surjet unique. De cette façon se trouve formé un pédicule unique partant du milieu de la paroi antérieure de l'utérus. Ce pédicule est fixé sur la ligne médiane aux divers plans de la paroi abdominale. Doléris pense que ce procédé peut être insuffisant si la paroi abdominale est mobile ou flasque.

Richelot (3) a employé le procédé de M. Doléris et s'en est déclaré très satisfait.

Déjardin (4) fait l'hystéropexie du corps de l'utérus à la paroi abdominale, puis les deux ligaments ronds, détachés comme dans le procédé de Doléris, sont fixés aux différents plans de la paroi abdominale.

La ligamentopexie médio-abdominale antérieure fixe l'utérus très haut, c'est un de ses principaux avantages sur l'Alexander. Celui-ci attire surtout l'utérus en avant et il le fixe contre la vessie et le pubis, mais il ne le soulève pas. Après l'Alexander, la récidive de la déviation est fréquente, si nous en jugeons

---

(1) BECK. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1897, août, et NAULLAU, *Ligamentopexie*, Thèse Paris, 1899-1900.

(2) SPINELLI. *Annales de gynécologie*, septembre 1900, p. 353.

(3) RICHELOT. *Société de gynécologie, de pédiatrie et d'obstétrique*, séance du 6 avril 1900, in *Annales de gynécologie*, mai 1900, p. 400.

(4) DÉJARDIN. Procédé nouveau d'hystéro-ligamentopexie abdominale ou hystéropexie médiate abdominale. *Société belge de chirurgie*, 20 octobre 1900.

d'après une quarantaine d'observations personnelles et d'après celles de bien des chirurgiens.

Enfin, au point de vue de la dystocie ultérieure, la ligamentopexie médiane abdominale antérieure serait sans danger.

Rétroversions utérines.

Les lésions anatomiques sont représentées ici par le relâchement des ligaments antérieurs de l'utérus et par une hypertrophie très fréquente de l'organe. On signale encore une sorte de pelvi-péritonite postérieure fixant la matrice dans sa position nouvelle. Comme dans la rétroflexion, le prolapsus complique souvent la rétroversion. Suivant que la rétroversion est plus ou moins accentuée, on note une déviation de l'axe qui finalement peut être oblique en bas et en arrière (3e degré). Dès lors le fond de l'utérus est passé au-dessous des ligaments utéro-sacrés et ceux-ci le compriment souvent. Les annexes sont également prolabées. Schultze admet l'existence de la paramétrite antérieure provoquant des brides cicatricielles qui attirent et fixent le col en avant, d'où déviation du corps en arrière et aussi le relâchement des ligaments utéro-sacrés.

Martin admet une sub-involution de la paroi antérieure sur laquelle s'insérerait le placenta. La métrite, en augmentant le poids de l'organe, joue aussi un rôle.

Le traitement doit donc porter sur les ligaments antérieurs et sur l'utérus. C'est ce que nous avons fait dans l'observation suivante.

Obs. 3. — *Rétroversion utérine irréductible et douloureuse. Utérus assez volumineux et en léger prolapsus. Traitement par l'excision cunéiforme longitudinale, superficielle, médiane, antérieure et postérieure, et ligamentopexie intra-pariétale médiane antérieure et entre-croisée des ligaments ronds.*

Nous avons eu à soigner en septembre dernier une malade multipare, ayant subi antérieurement une salpingo-ovariectomie gauche pour salpingite. Elle avait été tout d'abord améliorée par cette opéra-

tion. Mais bientôt des douleurs survinrent, de plus en plus intenses, surtout au moment des règles. Si bien que dix-huit mois après cette première opération, elle entre à l'hôpital Necker, où nous eûmes à l'observer pendant quelque temps. Les douleurs étaient réelles. Le périnée n'était pas déchiré et nous lui fîmes l'opération complexe suivante.

Opération. — 1er TEMPS. — *Laparotomie et examen des lésions.* — Le ventre ouvert, nous trouvons l'utérus en rétroversion, plaqué contre la face antérieure du rectum, mais non adhérent à celui-ci. L'ovaire, laissé en place, est très volumineux, la trompe est un peu hypertrophiée. Les ligaments utéro-sacrés sont déplissés. Le ligament large n'a plus sa hauteur normale, il est étalé. Quelques kystes existant à la surface de l'ovaire, nous pratiquons la salpingo-ovariectomie, car la salpingo-ovaropexie ligamentaire suivant la méthode d'Imlach complétée, comme nous l'avions fait dans l'observation précédente, ne paraît pas suffisante pour fixer l'ovaire volumineux. (L'ovaire est greffé dans le pli inguinal et ne donna lieu ultérieurement à aucun accident opératoire.)

2e TEMPS. — Sur l'utérus nous pratiquons l'*hystérectomie cunéiforme longitudinale superficielle*, *médiane*, *antérieure et postérieure* sus-décrite.

3e TEMPS. — Nous pratiquons ensuite la *ligamentopexie médiane antérieure et entre-croisée des ligaments ronds.* Ceux-ci sont détachés, puis ils sont attirés dans la plaie médiane abdominale et entre-croisés au niveau de celle-ci ; un catgut maintient cet entre-croisement définitivement. Enfin les deux ligaments sont fixés aux différents plans de la paroi abdominale ; le ligament droit se trouve fixé à gauche et vice-versa.

La malade ne pouvant plus avoir de grossesse, cet entre-croisement ne nous a pas paru dangereux pour l'avenir.

Cette malade fut revue deux mois après ; le redressement utérin était encore maintenu.

Nos observations ne sont pas assez nombreuses ni assez complètes, les malades n'ayant pas pu être revues à longue échéance. Cependant, de ce qui précède, nous conclurons ainsi :

Les lésions anatomiques de l'utérus dans le cas de déviation ont une certaine importance par elles-mêmes, qu'elles soient

primitives ou consécutives. Elles peuvent être primitives et provoquées par des lésions infectieuses venues de la cavité utérine ou par des altérations vasculo-nerveuses. Elles peuvent être consécutives au relâchement des ligaments et organes de fixité; quand elles sont douloureuses, il faut intervenir. Quand la déviation n'est pas due à des trompes et à des ovaires hypertrophiés, infectés et prolabés, le traitement doit s'adresser non seulement aux ligaments et organes de fixité de l'utérus, mais aussi à cet organe lui-même. L'hystérectomie cunéiforme, superficielle, longitudinale, médiane, faite sur la face antérieure et sur la face postérieure, modifie l'utérus, favorise le redressement. A cette opération il faut ajouter, suivant les cas, l'affrontement des ligaments utéro-sacrés avivés, la ligamentopexie médiane, simple antérieure, ou entre-croisée, des ligaments ronds, la salpingo-ovaropexie ligamentaire, sans préjudice, s'il y a lieu, du curettage utérin et des opérations plastiques vaginales.

RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE A DEUX MOIS

LAPAROTOMIE D'URGENCE PENDANT L'INONDATION PÉRITONÉALE

EXAMEN ANATOMIQUE DE LA TROMPE GRAVIDE (1)

Par M. G. Fieux,
Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Le 3 septembre dernier se présentait à la clinique d'accouchements, où je suppléais alors M. le professeur Lefour, une femme de 37 ans, exerçant la profession de journalière, qui se disait enceinte de deux mois environ, mais dont la grossesse était troublée par quelques pertes sanguines.

En l'interrogeant avec soin, nous apprenons qu'elle est déjà mère de 2 enfants de 3 et 5 ans. Bien réglée d'habitude et n'ayant aucun passé pathologique du côté de l'appareil génital. Ses dernières règles ont apparu du 15 au 20 juin. Vers fin juillet, quelques troubles gastriques.

Le 15 août, très brusquement elle a ressenti une douleur très vive dans le bas-ventre, douleur partant principalement du côté droit. En même temps le ventre se ballonne un peu, puis apparaissent des vomissements et surviennent quelques syncopes. Un peu de sang rouge s'écoule par le vagin. La malade reste deux jours au repos, puis reprend son ouvrage habituel.

Mais, depuis ce moment, elle ressent toujours un peu de gêne dans le côté droit du bas-ventre. Les mictions sont fréquentes et douloureuses, quelquefois un peu difficiles. Pas de troubles du côté du rectum. Enfin, elle perd du sang d'une façon à peu près constante, tantôt du sang rouge, tantôt et surtout du sang noirâtre et aqueux, sorte de liquide de couleur rouille.

Dès que j'obtins ces quelques renseignements, je fis part aux élèves de la possibilité et même de la probabilité, dans le cas présent, d'une grossesse ectopique.

L'examen, pratiqué immédiatement, me donna les résultats suivants:

---

(1) Communication à la *Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 14 janvier 1901.

Au palper, deux tumeurs : une à droite, grosse comme une petite mandarine, légèrement douloureuse et non mobilisable ; l'autre, déviée à gauche de la ligne médiane, à peu près aussi volumineuse, mais indolente et légèrement mobilisable.

Au toucher, col mou, dévié à droite, que l'on sent se continuer avec le corps utérin incliné à gauche, débordant le pubis de 5 centim. A droite de l'utérus est une tumeur dure, appliquée sur le cul-de-sac latéral, qu'elle efface en partie et qui déborde dans le cul-de-sac antérieur. Par le palper bimanuel attentif, on peut s'assurer que la tumeur latéralisée, bien qu'appliquée contre l'utérus, en est parfaitement indépendante.

Il y en avait assez pour porter le diagnostic de grossesse tubaire droite, âgée de deux mois environ, et ayant déjà été dix-huit jours auparavant le siège d'une petite rupture.

Je recommande à cette malade d'entrer à l'hôpital immédiatement, en raison des accidents qui peuvent éclater d'un moment à l'autre. Le jour même, 3 septembre, après avoir confié ses enfants à l'hospice des Enfants-Assistés, elle entre dans le service.

Un nouvel examen, pratiqué le 4, ne fait qu'affermir mon premier diagnostic, et M. Chavannaz, qui voulut bien venir voir cette malade, fut également d'avis que nous étions en présence d'une grossesse ectopique.

La date de la prochaine époque menstruelle étant le 15, je juge prudent de la devancer, et je fixe le jour de l'opération au 6. Je me mets en demeure de purger, de baigner et de désinfecter l'intestin au benzo-naphtol, lorsque le 5, à 7 heures du soir, on me téléphone que la malade vient d'être prise très brusquement d'une vive douleur dans le bas-ventre, avec augmentation de volume de l'abdomen, vomissements et syncopes.

Je réponds de tout faire préparer pour une laparotomie d'urgence, et j'arrive auprès d'elle à 8 heures.

Le visage est d'une pâleur extrême, angoissé, et la voix est si faible qu'on l'entend à peine. Le pouls n'est perceptible que par instants et en le cherchant d'une façon très attentive.

Le ventre, ballonné, est tellement douloureux que l'exploration est impossible. M. Lefour, que j'ai fait avertir, veut bien me prêter son précieux concours pour l'opération, que je commence à 8 h. 45.

Chloroforme. — La malade est mise en position de Trendelenburg, mais l'état général est tellement bas qu'en prenant le couteau je fais

faire une injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum salé. Laparotomie sous-ombilicale. Le péritoine, un peu épaissi, apparait de couleur violacée ou noirâtre, et à peine est-il ouvert qu'il se produit une vraie débâcle de caillots d'abord, puis de sang liquide très rouge. La main, après avoir retiré une grande quantité de caillots amassés et légèrement adhérents dans le petit bassin, ramène au milieu d'eux un petit œuf qui se crève en venant au jour et qui laisse échapper un petit embryon vivant de 40 millim. de longueur et du poids de 5 gr. 50. Immédiatement la main replonge dans l'excavation pelvienne, et, après s'être repérée sur l'utérus, saisit la corne droite, puis, rompant quelques adhérences très lâches, ramène à travers l'ouverture le kyste fœtal tubaire rompu sur sa face postérieure. Par la brèche de la trompe du sang s'écoule en nappe en assez grande quantité. Une pince de Richelot est de suite placée sur le pédicule qui est bien isolable. Ligature en chaîne et en masse au catgut n° 5. L'ovaire est laissé dans le ligament large, ainsi que les annexes du côté opposé, qui paraissent absolument saines.

Toilette du petit bassin et de la cavité abdominale. Ceci est un peu long, car une quantité de volumineux caillots sont disséminés au milieu des anses intestinales.

Suture habituelle à trois étages, en laissant dans l'angle inférieur de la plaie un gros drain de caoutchouc qui descend dans l'excavation.

L'opération est terminée à 9 h. 20, soit en tout trente-cinq minutes.

Lorsque la malade est emportée de la salle d'opération. elle est excessivement pâle et son pouls très difficile à percevoir : 1,000 grammes de sérum salé sont injectés dans les veines. Elle se remonte instantanément, si bien qu'une heure après l'intervention, le pouls, bien pulsant, est à 96.

Dans la nuit, le drain fonctionne et laisse écouler en grande abondance du sang et de la sérosité.

Le 6 au matin, le pouls à 80 est intermittent, avec des pauses de deux à trois secondes. Le cœur est sans doute un peu forcé par ces injections massives intra-veineuses ; un quart de milligramme de digitaline cristallisée remet tout dans l'ordre au bout de quelques heures.

A partir de ce moment, les suites sont aussi bonnes que possible, à part quelques vomissements chloroformiques rapidement apaisés par la potion de Rivière.

L'état général est parfait et le thermomètre se permet une seule

ascension, 37°,9, le soir du cinquième jour. Le soir même, un lavement provoque la première selle depuis l'opération et, dès cet instant, la température a toujours oscillé entre 36°,5 et 37°,6.

Le septième jour, le drain est enlevé et, le onzième, ablation des points de suture. La réunion est parfaite.

Le dix-septième jour, la malade se lève et, le vingt-huitième, elle quitte le service en excellente santé.

Au point de vue clinique, j'aurai peu de chose à faire ressortir. En passant, je rappellerai combien est juste la formule de M. Pinard relative à la grossesse extra-utérine : *toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* J'ajouterai même que pendant les premiers mois d'une grossesse ectopique, fût-elle à développement silencieux, ce diagnostic posé ferme *commande une intervention urgente,* rapide, et que, dans les quelques jours qui peuvent séparer le premier examen du moment où l'opération sera exécutée, le médecin qui a charge de la malade doit être prêt à intervenir au premier appel.

Il n'est pas douteux que, chez ma malade, l'intervention eût été bien plus simple si elle avait été pratiquée à froid le lendemain ou le surlendemain du jour où le diagnostic avait été posé. D'autre part, il est bien certain aussi que cette femme était irrémédiablement perdue si le ventre avait été ouvert seulement une demi-heure plus tard.

Je n'oublierai pas non plus de faire remarquer de quel secours héroïque ont été les injections intra-veineuses de sérum salé, chez cette femme dont l'anémie aiguë était poussée à ses plus extrêmes limites. C'est certainement à ces transfusions aussi bien qu'à l'intervention rapide que cette malade est redevable de son existence.

Enfin, je crois devoir faire ressortir que M. Doléris, dans une toute récente communication à notre Société (1), a peut-être trop généralisé ou schématisé les caractères et les accidents afférents aux diverses variétés de grossesse tubaire. « Sauf les variétés

(1) *Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, t. II, p. 84, avril 1900.

ampullaire et tubo-fimbriaire, dit M. Doléris, toutes les autres variétés de grossesse tubaire occupent un siège élevé dans le bassin et sont plus aisément perçues dans le cul-de-sac pré-utérin... La variété tubo-fimbriaire, au contraire, et la variété tubaire externe occupent le cul-de-sac de Douglas de très bonne heure. Les grandes hémorrhagies ne proviennent de grossesses siégeant dans l'ampoule ou dans le tiers externe de la trompe qu'autant que le développement de l'œuf vivant est arrivé au quatrième ou cinquième mois. » Dans le cas particulier, le sac fœtal était constitué nettement et uniquement par l'ampoule. Or, la tumeur siégeait dans le cul-de-sac latéral et *débordait largement dans le cul-de-sac pré-utérin;* de plus, la rupture du kyste fut *précoce* et occasionna une *inondation péritonéale des plus graves.*

Je passe maintenant à l'*examen anatomique* de la pièce, examen très incomplet, bien entendu, puisque je n'ai en mains qu'une pièce détériorée par sa rupture (fig. 1).

L'œuf, comme je l'ai déjà dit, perdu au milieu des caillots et libre dans la cavité abdominale, se creva et laissa échapper un petit embryon *vivant* de 40 millim. et du poids de 5 gr. 50. Celui-ci, posé sur une plaque de verre, exécuta manifestement des mouvements de reptation assez étendus avec les membres supérieurs et inférieurs. Je signale ce fait, que j'ai constaté déjà deux fois chez des produits de cet âge, car, d'après les classiques, ce n'est qu'à la fin du troisième ou dans le courant du quatrième mois que les muscles commenceraient à exécuter quelques mouvements.

Quant au sac fœtal (3, fig. 1), il est de forme ovoïde et mesure 7 centim. dans son grand diamètre, et 12 centim. dans sa petite circonférence. On voit en *a* les franges du pavillon, et en *b* le point qui répond à la section opératoire, point qui répond juste à la limite de la région de l'isthme dans la région ampullaire. C'est uniquement dans cette dernière que l'œuf s'est développé.

On peut voir sur la figure la face postérieure du sac fœtal, sur laquelle existe une grosse brèche à peu près régulièrement circulaire, de 30 millim. de diamètre, brèche par laquelle s'est échappé l'œuf, et qui permet de distinguer le fond du sac, tapissé encore par de gros bouquets de houppes villeuses. Sur les bords de la rupture sont des lambeaux de la paroi tubaire excessivement amincis.

L'épaisseur des parois de la trompe, à 1 centim. en dedans du sac fœtal, est de 1 millim. Au niveau du sac, la paroi égale 2 millim. en dehors de l'insertion ovulaire ; elle est de 1 dixième de millimètre environ au niveau des lambeaux qui recouvraient l'insertion placentaire.

Au point de vue *microscopique*, l'œuf n'étant plus en place, je n'ai pu faire que peu de chose ; néanmoins, je tiens à consigner les résultats assez intéressants, me semble-t-il, tirés de l'examen : 1° de la trompe, à 1 centim. en dedans du sac fœtal ; 2° de la paroi du sac dans le point opposé au greffage de l'œuf ; 3° du sac sur les confins de la rupture, c'est-à-dire sur les confins de l'insertion placentaire.

1° A 1 centim. en dedans du sac fœtal, comme je l'ai déjà dit, la paroi a une épaisseur de 1 millim. A part sa vascularisation un peu exagérée, elle ne présente rien d'anormal. La muqueuse a bien son aspect habituel, comme on peut s'en rendre compte sur la figure 2. En examinant les choses de plus près, on s'assure que l'épithélium est franchement cylindrique. On considère assez habituellement que dans la trompe gravide l'épithélium devient de plus en plus bas, à mesure que l'on s'approche du sac fœtal. Or, ici, à quelques millimètres de l'œuf, l'épithélium non seulement est cylindrique, haut, mais il est muni de ses cils vibratiles (fig. 3). Il n'y a donc pas la moindre trace de salpingite desquamative. Rien n'est exfolié, ni épithélium ni cils vibratiles, et cette pièce va bien à l'encontre de la théorie de Lawson-Tait, qui, du reste, depuis quelques années déjà, semble perdre du terrain. Les commémoratifs cliniques de la malade et l'examen direct le plus approfond

des organes permettent de conclure que nous avions affaire ici à une grossesse qui s'est développée dans une trompe saine, ainsi qu'il arrive le plus souvent d'après la thèse de 1897 de mon ami M. Paquy.

2° *Paroi du sac fœtal dans le point opposé* au *greffage de l'œuf.* — Ici, l'épaisseur est de 2 millim. L'hypertrophie de la couche musculaire est peu accusée : ce qui domine surtout, c'est la vascularisation exagérée. Les artères y sont très volumineuses et les veines en grand nombre sont largement dilatées (*b*, fig. 4). Quant aux franges de la muqueuse, elles sont peu développées et sont couchées en divers sens parallèlement à la paroi (*a*, fig. 4). L'épithélium est encore franchement cylindrique, haut, et par places même on trouve quelques bouquets de cellules ciliées.

3° Aux confins de l'insertion placentaire, la paroi tubaire a une épaisseur de 2 millim. La vascularisation est encore plus accentuée que dans la zone précédente. Le derme de la muqueuse est criblé de capillaires sous-épithéliaux, les uns de petites dimensions, les autres très dilatés.

Les franges de la muqueuse (V. fig. 5) sont courtes, trapues, remplies d'un tissu cellulaire lâche, creusé de larges capillaires v. L'épithélium est presque partout polyédrique et de-ci de-là on retrouve encore quelques groupes cylindriques.

Mais dès que nous sommes au ras de l'insertion placentaire, on remarque quelques franges de la muqueuse qui, au lieu d'être atrophiées, s'hypertrophient considérablement. On voit en F, F, F (fig. 5) une de ces grandes franges qui monte en ondulant. Cette frange paraît se terminer librement et est tapissée par un épithélium cubique discontinu.

D'autres, plus grandes et plus ondulantes encore (F, fig. 6, p. 111), se fusionnent en certains points, formant alors des masses plus ou moins volumineuses (M, fig. 6) qui prennent contact avec les villosités choriales.

La structure de ces grandes franges qui prennent contact avec les éléments fœtaux est nettement différente de celle des autres franges de la muqueuse. Du côté de l'espace intervil-

leux (fig. 9) on remarque un stroma amorphe coloré en rose



Fig. 6.

foncé par l'éosine (S), stroma creusé de loges où sont contenues de grosses cellules allongées ou arrondies, dont le noyau

volumineux, vivement coloré par l'hématoxyline, renferme de nombreuses granulations. Du côté opposé à l'espace intervilleux (fig. 9) et séparée de la couche précédente par de longues fissures, est une couche (C) constituée par un réseau de fibrine fin, mais assez serré, dans lequel sont épars des noyaux. Une couche d'épithélium plat discontinu limite cette couche du côté de la cavité tubaire.

En somme, à part cette dernière couche épithéliale incomplète, je trouve, dans ces franges de la muqueuse modifiées, presque identiquement la même structure que mon ami Couvelaire a décrite à la caduque réfléchie d'une de ses très intéressantes pièces anatomiques.

De par ce rapprochement, j'incline à penser que la caduque réfléchie dans la grossesse tubaire est constituée par certaines de ces franges qui embrassent et entourent la portion libre de l'œuf. En somme, l'œuf fécondé, arrêté dans la trompe, serait enveloppé par la muqueuse comme il l'est dans la cavité utérine, mais en profitant, pour se revêtir, des accidents de terrain propres à la muqueuse tubaire.

D'autres masses et prolongements constatés dans l'espace intervilleux (M, fig. 6), et formés par de la fibrine entourée par de la substance amorphe contenant de-ci de-là quelques rares cellules à leur périphérie, indiquent encore que certaines franges jouent le même rôle que les septa de la caduque utérine.

J'ai remarqué également sur toutes mes préparations le fait suivant : à l'approche ou au contact des villosités, ces immenses franges transformées en caduque deviennent de plus en plus pauvres en cellules déciduales. C'est ainsi que dans la figure 7 on voit en S une villosité, nettement revêtue de la couche de cellules de Langhans et de syncytium. La lame de caduque qui l'avoisine est bien plus pauvre en cellules que le point figuré dans la figure 9. Enfin, dans la figure 8, on voit une villosité crampon V, dépouillée en partie de son épithélium et fixée dans un tissu maternel amorphe où les éléments figurés ne sont plus représentés que par quelques noyaux dégénérés.



Fig. 1.

Grossesse tubaire rompue 77 jours après la fin des dernières règles (1=1).
1. Œuf ouvert expulsé dans la cavité abdominale.
2. Embryon de 40mm ; poids 5 gr. 50.
3. Face postérieure de la région ampullaire de la trompe droite montrant la brèche par où s'est échappé l'œuf. — *a*, franges du pavillon ; *b*, lumière de la trompe.

G. Steinheil, éditeur

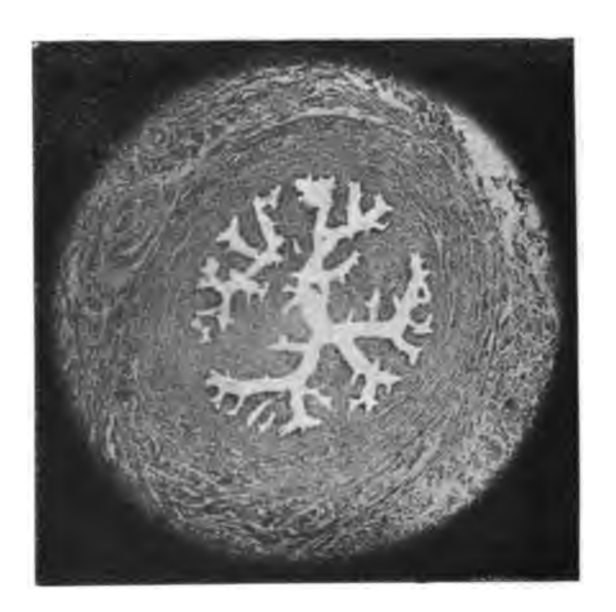


FIG. 2.

G. STEINHEIL, éditeur.



FIG. 3.

G. STEINHEIL, éditeur.



Fig. 4.

G. Steinheil, éditeur.

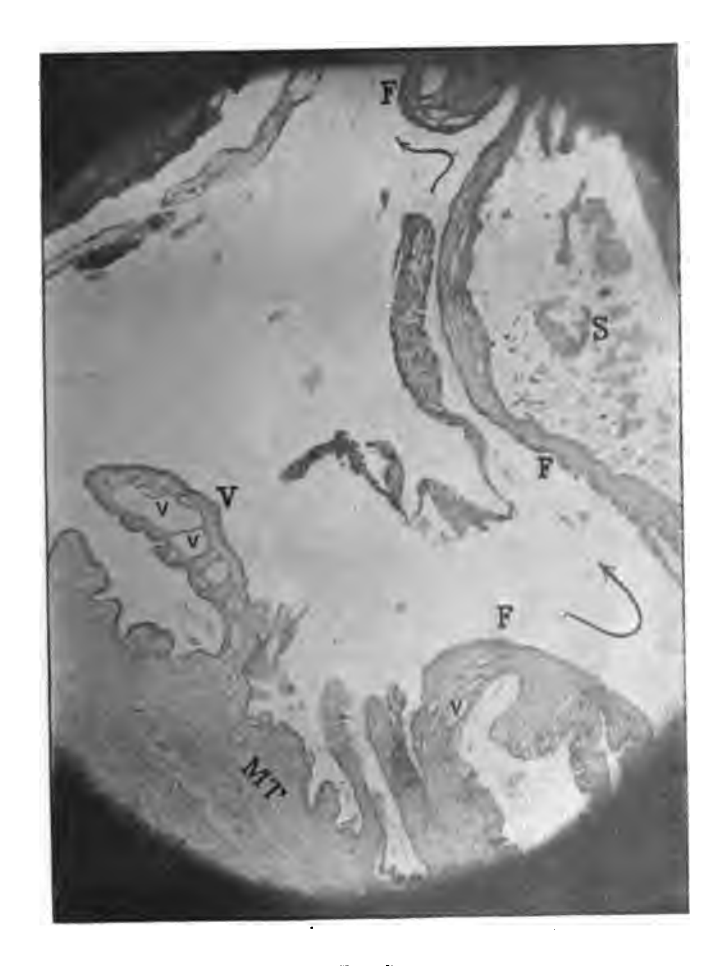


Fig. 5.

G. Steinheil, éditeur.

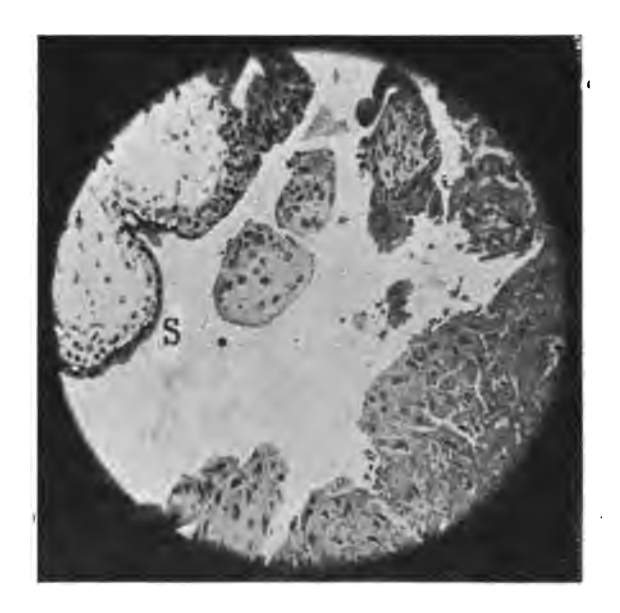


FIG. 7.

G. STEINHEIL, éditeur.

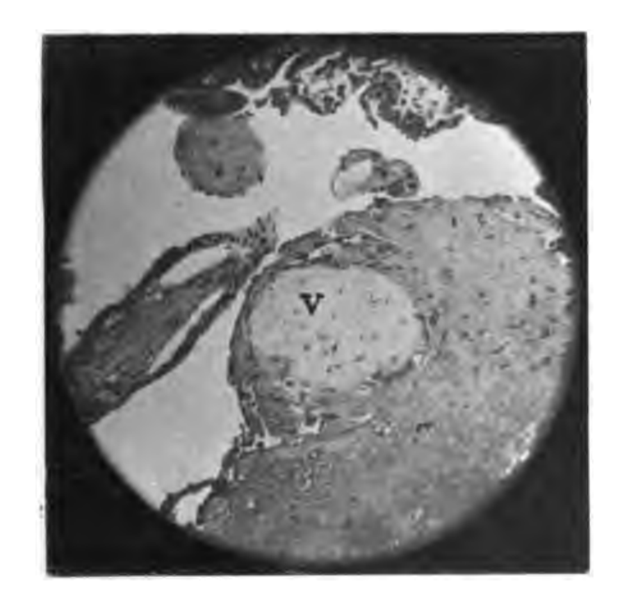


Fig. 8.

G. Steinheil, éditeur.

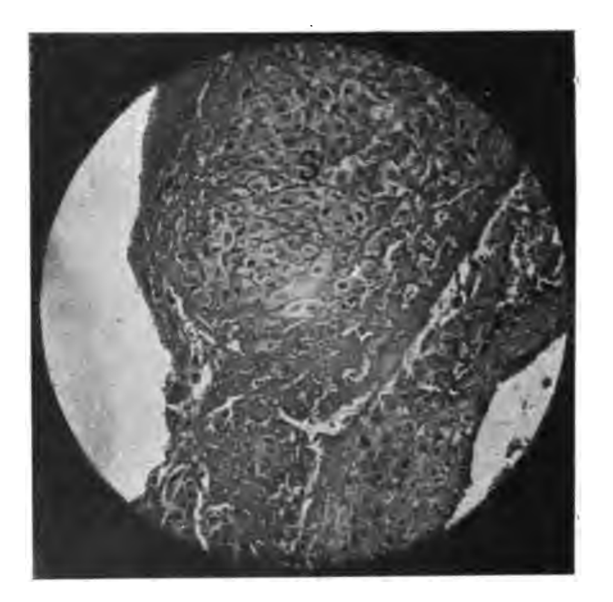


Fig. 9.

G. Steinheil, éditeur

GROSSESSE UTÉRINE

PRISE POUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

GRACE A LA FIXATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE EN LATÉROVERSION GAUCHE

LAPAROTOMIE. — LIBÉRATION ET REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS. — GUÉRISON DE L'OPÉRÉE. — CONTINUATION DE LA GROSSESSE. — AVORTEMENT ULTÉRIEUR ÉTRANGER A L'INTERVENTION (1).

Par M. **Paul Segond,**
Chirurgien de la Salpêtrière.

Le 12 février dernier, j'ai laparotomisé une femme que je croyais atteinte de grossesse extra-utérine alors qu'il s'agissait, en réalité, d'une grossesse normale avec latéroversion gauche de l'utérus. L'observation et l'erreur de diagnostic me semblent dignes de vous être soumises, ne fût-ce que pour ajouter un document de plus au dossier peu fourni des latéroversions gravidiques, et surtout pour vous inviter à faire connaître les cas similaires de votre pratique. Je vais donc, sans commentaires particuliers, vous relater l'observation dont les traits essentiels sont, du reste, résumés dans le titre même de cette courte communication.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui d'abord a reçu les soins de mon ami, M. Maurange, et voici textuellement la note qu'il a bien voulu rédiger et me confier sur les faits antérieurs à mon intervention :

Mme X..., âgée de 30 ans, réglée à 14 ans, sans antécédents pathologiques, a eu, à 22 ans, une première grossesse dont les suites paraissent avoir été normales. L'enfant, venu à terme, est vivant et bien portant. Il y a deux ans environ, Mme X... a pré-

---

(1) Communication à la *Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 7 décembre 1900.

senté des accidents de métrite congestive, avec gros utérus, peu mobile, quelques glaires et augmentation des règles. Ces accidents cédèrent assez rapidement au repos absolu au lit et aux injections chaudes. En quelques semaines, l'utérus reprend sa mobilité normale, le catarrhe s'apaise; mais les règles, très régulières, demeurent abondantes. La santé générale est parfaite.

Le 10 décembre 1899, je suis appelé auprès de Mme X .. qui, me dit-elle, est malade depuis quatre ou cinq jours, sans appétit, vomissant une ou deux fois chaque matin, et souffrant du ventre d'une façon croissante et à peu près ininterrompue.

Les dernières règles remontent au 14 novembre dernier; elle a cru les voir paraître l'avant-veille, mais tout s'est réduit à une tache douteuse sur sa garniture. La facies est pâle et tiré, le pouls fréquent (118), la température au-dessus de la normale (38°,3).

A l'examen, l'abdomen est douloureux, ballonné. Au toucher, on trouve l'utérus gros, immobile et confondu dans une masse indistincte, effaçant les culs-de-sac et dépassant notablement le pubis, surtout à gauche. Il est difficile, en raison du ballonnement du ventre et des douleurs provoquées par le palper, de se rendre un compte exact des limites supérieures de la tumeur. Le diagnostic de pelvi-péritonite est posé, le traitement classique est institué: glace sur l'abdomen, injections vaginales à 48°, lavements à 50°, diète, opium. Le lendemain, la malade est dans le même état, elle a eu des vomissements bilieux toute la nuit; les derniers sont verdâtres. Le pouls est toujours agité. La température a fléchi à 38°. La journée est meilleure. Vers le soir, les vomissements se font plus rares. La nuit du 11 au 12 est plus calme; les applications répétées de glace soulagent la malade. Le pouls tombe à 84, la température à 37°,7. Le 14, l'amélioration est manifeste; il n'y a plus de vomissements depuis vingt-quatre henres. Pouls, 84; température, 37°,3. Le lait est toléré. Cette amélioration se poursuit les jours suivants. Le ballonnement a disparu; il commence à être possible de dé-

limiter la tuméfaction pelvienne. Elle a fondu rapidement à droite; mais sur la ligne médiane, et surtout à gauche, il est facile de constater que son volume est toujours important.

Le cul-de-sac latéral droit se libère progressivement. Il n'en est pas de même en arrière et à gauche. Le col est entr'ouvert et légèrement tuméfié.

Les règles n'ont pas encore reparu le 24; il y a de temps en temps, le matin, quelques vomissements glaireux; les seins se sont développés et la malade se plaint de leur tension sous les aisselles. Je commence à admettre la possibilité d'une grossesse. Mais un nouvel examen, pratiqué le 27 dans des conditions meilleures, la malade n'accusant plus que peu de douleurs, semble déceler un utérus modérément augmenté de volume, dont le fond paraît regarder en haut, en avant et légèrement à droite, et dont le bord gauche se continue avec une masse oblongue dure, obliquement couchée sur la paroi interne du pelvis. Cette masse fait corps avec l'utérus dont il est difficile, pour ne pas dire impossible, de la distinguer.

Le début brusque, les phénomènes péritoniques qui l'avaient marqué, leur disparition rapide, l'apparition de cette masse gauche volumineuse, peu sensible à la pression; d'autre part, l'existence de signes de gravidité, et, par opposition, le développement relativement médiocre de l'utérus, me font penser qu'il s'agit là d'une grossesse ectopique. Je fais part de mes craintes à l'entourage, et je demande l'avis de M. Segond qui voit pour la première fois la malade le 29 décembre. Je me contente de rappeler l'histoire de Mme X..., sans m'expliquer sur le diagnostic que j'étais porté à admettre. M. Segond, après un examen très approfondi, eut la même impression que moi et posa le diagnostic de grossesse tubaire gauche. Il recommanda le repos au lit, la surveillance attentive de la malade, une expectation prudente.

Mme X... resta dans un état stationnaire pendant quelques jours; puis, vers le 8 janvier, elle recommença à éprouver dans le ventre quelques douleurs qui disparurent presque spontanément; elle continuait à vomir à peu près tous les matins, mais

son appétit était conservé. De nouvelles douleurs, le développement certain de la trompe supposée gravide, nous firent rappeler M. Segond qui se décida alors à intervenir.

En résumé, lors de mon deuxième et dernier examen clinique, le diagnostic ne semblait pas douteux. En effet, d'une part, il y avait sûrement gravidité, et, d'autre part, il semblait qu'il y eût indépendance nette entre un utérus peu volumineux dont je croyais sentir le fond à droite, un peu au-dessus du pubis, et une tumeur globuleuse, pseudo-fluctuante, en voie d'accroissement, placée contre le bord gauche de l'utérus. Cette tumeur remontait haut dans la fosse iliaque correspondante. Elle se laissait percevoir, par le toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral gauche à côté d'un col gros et ramolli. Enfin, détail bien fait pour nous tromper plus sûrement, le toucher donnait la sensation d'un sillon profond et très net, entre le bord gauche du col et la tumeur supposée indépendante.

En présence d'un pareil ensemble symptomatique, il était donc, on en conviendra, bien difficile de ne pas croire à une grossesse juxta-utérine. Ce diagnostic imposait une intervention immédiate, et, le 12 février dernier, avec l'assistance de M. Maurange et de mes deux internes, Durrieux et Dartigues, j'ai pratiqué la laparotomie.

Dès l'ouverture du ventre, j'ai reconnu mon erreur. Il n'y avait pas la moindre tumeur juxta-utérine ; la grossesse était bel et bien une grossesse utérine. Par contre, la situation de l'utérus, en latéroversion gauche, donnait au mieux l'explication des sensations perçues cliniquement. L'organe était complètement couché sur le côté et maintenu dans cette position par de solides adhérences. Celles-ci se présentaient sous l'aspect habituel des adhérences consécutives à la pelvi-péritonite. Toutefois, l'une d'elles offrait des caractères particuliers. C'était un solide cordon fibreux, de 5 ou 6 millim. d'épaisseur, implanté d'une part sur le détroit supérieur et comme inséré, d'autre part, sur le pôle apparent d'un fibrome interstitiel gros comme une noix. Cinq autres fibromes interstitiels semblables

se montraient, du reste, comme autant de billes blanches et dures, parsemant la surface rouge de l'utérus.

Ces diverses constatations dictaient l'opération nécessaire. J'ai doucement décollé du doigt les adhérences friables et j'ai désinséré, puis réséqué la grosse bride fibreuse qui était l'agent principal de la déviation. L'utérus s'est aussitôt redressé de lui-même en bonne place, et, sans autre incident, j'ai terminé l'opération par la suture de la paroi abdominale faite avec un seul plan de fils d'argent, mais faite avec le plus grand soin, c'est-à-dire avec le souci de comprendre dans chaque anse de fil très peu de péritoine, beaucoup de muscle et peu de peau ; manière de faire qui donne, à mon avis, des réunions aussi solides que les sutures les plus complexes et les plus étagées.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Mme X... est sortie de la maison de santé trois semaines après en parfaite santé, et la grossesse a continué son cours.

Par malheur, cette heureuse marche des événements n'a pas continué. Peu après sa rentrée chez elle, Mme X... s'est trouvée aux prises avec une série de malheurs domestiques ; elle a dû physiquement se fatiguer à l'excès, et, le 30 mars, c'est-à-dire près de sept semaines après l'opération, alors que rien ne lui faisait redouter pareil incident, une hémorrhagie utérine très abondante s'est produite. Transportée immédiatement dans mon service de la Salpêtrière, elle expulsait le lendemain un fœtus normal de six mois. Mme X... a quitté mon service vingt jours après, et, depuis, sa bonne santé ne s'est pas démentie. Tel est le fait simple mais instructif, que je désirais vous soumettre.

Aurais-je pu éviter l'erreur de diagnostic commise ? je ne le crois pas. Deux seuls moyens, en effet, auraient pu me mettre en bonne voie : l'hystérométrie et l'expectation. Or, je n'ai pas à dire combien le premier de ces moyens eût été désastreux ; et, si j'en parle, c'est parce que je l'ai trouvé noté, et bien entendu regretté, dans une observation similaire, publiée par

[illegible] thèse [illegible] M. Pollosson. [illegible] les sou- [illegible] défendue [illegible] autant [illegible] exactement la [illegible]

[illegible] observation [illegible] moyens de [illegible] avantage [illegible]

[illegible]

UTÉRUS GRAVIDE EN LATÉROFLEXION

PRIS POUR UN KYSTE DE L'OVAIRE

LAPAROTOMIE. — GUÉRISON DE L'OPÉRÉE. — CONTINUATION DE LA GROSSESSE. — ACCOUCHEMENT A TERME. — RÉFLEXIONS (1).

Par **M. Varnier.**

J'ai, dans mes notes, une observation qui se rapproche beaucoup de celle que vient de nous rapporter M. Segond.

En novembre 1899, se présentait à ma consultation une primipare arrivée au sixième mois d'une grossesse utérine diagnostiquée, le 14 septembre précédent, au cours d'une laparotomie faite par un confrère de province dans les conditions suivantes :

Mariée depuis trois ans et demi, très mal réglée, ayant eu des périodes d'aménorrhée de dix et douze mois, elle n'avait pas eu ses règles depuis décembre 1898 lorsque, vers la fin de juin 1899, elle commença à éprouver, du côté du petit bassin, des troubles qui l'amenèrent à soupçonner un début de grossesse remontant au 21 mai, et à consulter.

Il n'y eut pas moins de six consultants de juin à août. La majorité ayant éliminé le diagnostic grossesse, deux chirurgiens furent appelés séparément à la rescousse. Ils conclurent tous deux à : kyste ovarique nécessitant une laparotomie. Celle-ci fut pratiquée le 14 septembre.

L'opérateur m'a écrit, en réponse à une demande de renseignements :

(1) Communication à la *Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 7 décembre 1900.

« J'ai en effet opéré cette dame en septembre, à la suite d'une erreur de diagnostic, et croyant qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. J'ai trouvé une grossesse de trois mois et

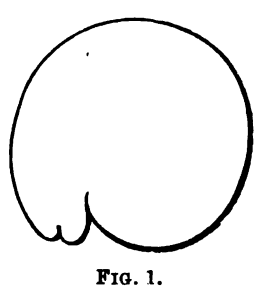


FIG. 1.

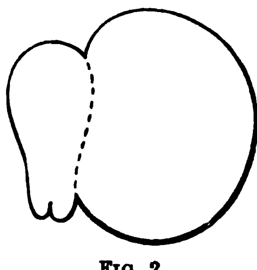


FIG. 2.

demi environ avec une disposition particulière de l'utérus, une *latéroflexion de l'utérus gravide*, disposition qui a été la cause de mon erreur.

« Voici ce qu'on trouva, vu de face (fig. 1) et on l'interpréta comme le montre la figure 2.

« Dans ce cas l'erreur était presque imposée par les irrégularités des règles. La malade, qui n'a été réglée que cinq ou six fois dans sa vie, avait eu ses dernières époques fin décembre 1898 et aurait dû, d'après le calcul, être enceinte de neuf mois quand je l'ai opérée, tandis qu'il m'a semblé qu'elle l'était de trois mois et demi environ.

« Dans le cas particulier j'ai voulu, avant d'opérer, que la malade fût examinée par un de mes collègues. M. X..., agrégé de chirurgie, l'a vue (sans moi) et a fait le diagnostic de tumeur de l'ovaire et posé l'indication d'opérer. Cela pour vous montrer que l'erreur ne résulte pas d'un emballement personnel.

« Pendant l'opération, je me suis contenté de corriger un peu la flexion en soulevant le fond utérin. La correction se fait d'ailleurs d'elle-même par le développement de la matrice. »

La grossesse en question, après guérison de la laparotomie surajoutée, a évolué sous mes yeux dans des conditions absolument normales.

Ma cliente, qui seule avait tenu pour la grossesse, en précisait le début : 21 mai 1899. D'après ce renseignement, la date probable de l'accouchement devait osciller autour du 20 février (275ᵉ jour). Les premières douleurs ont commencé le 25 février à minuit, et l'accouchement s'est terminé le 27, à 4 heures du matin, par une application de forceps au détroit inférieur (résistance périnéale). L'enfant, vivant, bien développé, pesait 3,500 grammes. Délivrance et suites de couches normales.

Les deux observations qui précèdent ne sont pas isolées.

Dans la thèse de Mᵐᵉ P. Ouzounowa que vous a citée notre collègue M. Segond, vous trouverez la relation de trois cas semblables dus à mon collègue et ami, Aug. Pollosson, de Lyon.

I. — Le premier a trait à une femme de 25 ans, ayant déjà eu un enfant. Elle entre, en juin 1897, à l'infirmerie de la maternité de la Charité, ayant *un retard dans les règles de quinze à vingt jours* et se plaignant de douleurs de ventre surtout marquées à droite et de l'impossibilité de travailler. Depuis son premier accouchement, pertes blanches, métrite catarrhale et un peu de douleurs font penser à une salpingite.

A l'examen : col dévié légèrement à gauche ; dans le cul-de-sac latéral droit, masse rénitente du volume d'un œuf de poule, douloureuse et de forme irrégulière. Il semble que l'utérus, de petit volume, est déjeté à gauche et que la tumeur du cul-de-sac droit est indépendante de l'utérus.

Diagnostic : Salpingite.

Traitement : au repos, en observation.

On vit alors la tumeur latérale droite continuer à se développer : en même temps elle se redressa et devint plus médiane, et l'on put constater qu'elle n'était pas indépendante de l'utérus, mais qu'elle représentait le corps utérin en continuité avec un col légèrement allongé.

Les douleurs diminuèrent en même temps que le redressement s'opéra, et l'on constata qu'il s'agissait d'une grossesse

et que les douleurs du début étaient imputables à l'inflexion latérale du corps utérin.

Au toucher et au palper combinés : tumeur arrondie régulière, du volume d'une tête de fœtus, bombant un peu du côté de l'excavation, mais développée du côté de l'abdomen. La consistance est celle d'un kyste de l'ovaire modérément tendu. Col déjeté tout à fait à gauche de l'excavation.

II. — Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 24 ans, ayant eu un premier enfant, et qui entra à la Charité de Lyon en janvier 1897. *Ses règles avaient manqué dans les deux derniers mois.* Elle se plaignait de douleurs, modérées d'ailleurs, localisées dans la partie inférieure et droite de l'abdomen; la marche et la station debout étaient possibles.

Par le toucher profond des culs-de-sac, on suit ce col dans une certaine hauteur. Il semble que l'utérus est déjeté du côté gauche et que la masse est indépendante.

Malgré le *diagnostic de kyste de l'ovaire*, on ne décide pas une intervention immédiate, et la malade est gardée pendant quelque temps en observation.

Au bout d'une quinzaine, souffrant davantage, elle réclame du soulagement et une intervention. A un nouvel examen, il semble bien que la tumeur soit indépendante de l'utérus.

M. Pollosson décide donc de pratiquer une ovariotomie. Toutefois il lui semble utile de confirmer par une hystérométrie la notion de l'indépendance de la tumeur et de l'utérus.

L'hystéromètre pénètre sans difficulté et sans douleur dans la direction du col, c'est-à-dire à gauche de la tumeur observée ; on pénétrait ainsi à 8 centimètres de profondeur. Aucun écoulement de sang ni de liquide ne suivit cette exploration. Cet examen à l'hystéromètre semblait donc confirmer les notions précédemment acquises. Mais dans la nuit qui suivit, la malade fut prise de douleurs et expulsa, comme dans un avortement vulgaire, un embryon et un placenta correspondant à une grossesse de deux mois et demi à trois mois.

III. — Le troisième cas est celui d'une multipare *habituellement bien réglée* qui avait eu ses *règles pour la dernière fois en avril* 1897.

En mai les règles manquent, et en même temps surviennent quelques phénomènes généraux de la grossesse, plus quelques douleurs dans la partie inférieure du ventre.

Un chirurgien très distingué et spécialiste en gynécologie, consulté à ce sujet, constata et dessina ce qui suit :

Utérus petit, légèrement déjeté à gauche. A droite de cet utérus, une petite tumeur du volume d'une grosse noix, douloureuse au toucher, pâteuse. En arrière de la tumeur, une autre de petit volume, plus ferme et douloureuse, qui fait l'effet d'un petit fibrome.

Considérant la suppression des règles, des symptômes de grossesse, et une tumeur latéro-utérine douloureuse, le chirurgien admet, sans l'affirmer, la possibilité d'une grossesse tubaire et conseille une surveillance attentive.

M. Pollosson est consulté quelques semaines après et fait des constatations à peu près concordantes.

Toutefois, la tumeur latérale droite avait augmenté de volume et atteint celui d'un gros œuf de poule ; la petite masse fibromateuse, refoulée par le développement de la tumeur, n'était plus accessible. Quant au col, il était toujours déjeté à gauche, et un angle très net, existant entre le col et la tumeur, semblait indiquer l'indépendance de l'un et de l'autre.

Il paraissait donc assez net que la tumeur était indépendante de l'utérus, et le diagnostic de grossesse tubaire paraissait ici logiquement porté.

Toutefois, M. Pollosson, mis en défiance par les deux cas précédents, admit comme possible l'hypothèse d'une grossesse utérine avec flexion latérale du col. Ce qui rendait admissible cette supposition, c'est que le corps utérin n'était pas assez nettement senti à côté de la masse latérale et paraissait un peu trop petit.

M. Pollosson demanda un examen périodique à quelques

semaines d'intervalle. Il put constater ainsi que la tumeur latérale augmentait progressivement de volume, qu'elle se redressait, devenait plus médiane, et montrait d'une façon de plus en plus nette sa connexion et sa continuité avec le col utérin, un peu augmenté de longueur.

Le diagnostic de grossesse normale utérine s'imposa peu à peu et la malade accoucha à peu près à terme dans les premiers jours de janvier 1898.

Vers la fin de la grossesse, et alors que l'utérus avait une position parfaitement normale, il était aisé de constater, dans la paroi latérale droite de la matrice, un petit fibrome du volume d'une noix, celui sans doute qui avait été constaté le premier à côté du col utérin réfléchi.

« Peut-être, remarque Pollosson, ce fibrome a-t-il pu contribuer par son poids à la déviation latérale de l'utérus. »

Comme la rétroflexion, la latéroflexion de l'utérus gravide a, on le voit, été confondue soit avec la *grossesse ectopique*, soit avec un *kyste de l'ovaire* ou une *salpingite*.

Tantôt il y a eu demi-erreur, la grossesse ayant bien été reconnue, mais mal localisée; tantôt erreur complète, la grossesse ayant été méconnue.

Comment éviter pareilles méprises ?

En ne s'écartant pas des règles fondamentales du diagnostic des tumeurs pelviennes chez la femme en période d'activité génitale.

1° Il importe avant tout de « ne point précipiter ce diagnostic à la volée », comme disait Mauriceau. Voir venir, faire ce qu'a fait M. Pollosson dans son observation III, « en demandant l'examen périodique à quelques semaines d'intervalle », c'est assez, souvent, pour permettre de constater que la tumeur d'abord considérée comme juxta-utérine, croît comme un corps d'utérus gravide, se redresse, et est en connexion et en continuité avec le col utérin. Le temps, ici comme partout, est un grand maître.

Mais, dira-t-on, peut-on attendre ? L'observation que je vous ai retracée et les trois de M. Pollosson montrent qu habituellement rien n'impose la prise de parti rapide et que l'on n'a pas à se repentir de l'expectation.

2° On ne saurait trop répéter, après Pajot : « Chaque fois que chez une femme habituellement bien réglée la menstruation sera suspendue, pensez tout d'abord que cette femme est enceinte. » L'observation de ce commandement du maître eût évité l'erreur dans les observations I et II de la thèse d'Ouzounowa.

La première de ces patientes avouait un retard de quinze à vingt jours ; la tumeur supposée salpingienne était grosse comme une tête de fœtus.

La deuxième n'avait pas eu ses règles depuis les deux derniers mois ; la tumeur supposée ovarique était grosse comme une tête de fœtus.

Mais dans les cas d'aménorrhée habituelle (par exemple dans l'observation que j'ai recueillie), cet excellent fil d'Ariane fait défaut. C'est le cas d'apporter une attention particulière à l'interprétation des signes objectifs fournis par le palper et le toucher combinés.

3° Cette combinaison, si justement vantée par Puzos, donne des résultats incomparablement supérieurs au toucher.

C'est peut-être pour avoir trop demandé au toucher qu'on a confondu, dans quelques cas, la latéroflexion avec une tumeur juxta-utérine.

Ainsi, dans l'observation II d'Ouzounowa, nous voyons que « si *par le toucher profond des culs-de-sac* on suit le col dans une certaine hauteur, il semble que l'utérus est déjeté du côté gauche et que la masse est indépendante ».

Dans l'observation III : « Le col est déjeté à gauche, et *un angle très net existant entre le col et la tumeur* semblait indiquer l'indépendance de l'un et de l'autre. »

C'est par en haut, et non par en bas ; par le palper plus que par le toucher, qu'il faut sentir la séparation et l'indépendance

entre le corps de l'utérus et les tumeurs pelviennes pour être autorisé à les qualifier de juxta-utérines. Si l'utérus n'est pas *nettement*, *distinctement* perçu par la main qui palpe, il n'y a rien de fait ; il faut réserver le diagnostic, *attendre*.

Ajoutons, pour les tumeurs qui ont « le volume d'une tête de fœtus », — comme dans l'observation II, — le *changement de consistance* dû aux contractions, signature de la gravidité utérine.

Quant au traitement de la rétro-flexion « non adhérente », c'est l'expectation. « Il importe avant tout, dit Pollosson, de s'abstenir de l'hystérométrie. » Moins utile pour le diagnostic que la laparotomie exploratrice, l'hystérométrie compromet plus sûrement la grossesse.

Pour la latéroflexion « adhérente » et irréductible, même en dehors de phénomènes aigus exceptionnels, comme ceux qui ont forcé la main de notre collègue M. Segond, l'expectation nous paraît devoir céder le pas à l'intervention libératrice.

Si, en effet, le maintien par bride du corps de l'utérus gravide en flexion forcée sur le col n'est pas incompatible avec l'évolution normale de la grossesse, comme le montre l'observation que Pierre Delbet et moi avons publiée en 1897 dans les *Annales de gynécologie* (1), il crée, lors de l'accouchement, des difficultés insurmontables à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, et oblige à une intervention plus compliquée qu'une laparotomie exploratrice et libératrice au cours des premiers mois (2).

---

(1) Février, p. 102 à 128.

(2) En rendant compte de cette communication notre collègue G. Fieux écrit dans le numéro de décembre 1900 de la *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pædiatrie de Bordeaux*, p. 565 : « Je crois pouvoir ajouter, sans commettre d'indiscrétion, que notre excellent collègue et ami M. Chavannaz a observé, il y a peu de temps, un cas de ce genre qui du reste sera publié dans la *Revue*. Comme M. Segond, M. Chavannaz a cru être en présence d'une grossesse ectopique et le diagnostic d'un utérus gravide latéroversé ne fut posé qu'après la laparotomie. Plus heureuse que la malade de M. Segond, l'opérée de M. Chavannaz accoucha à terme sans indidents. »

LATÉROFLEXION DROITE
AYANT FAIT CROIRE A UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

LAPAROTOMIE. — REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS. — AVORTEMENT CONSÉCUTIF. — GUÉRISON (1).

Par M. A. **Routier**,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Les faits mentionnés par MM. Segond et Varnier, dans la dernière séance à laquelle je n'assistais pas, m'ont remis en mémoire un cas très analogue que j'ai observé il y a quelques mois, et que voici :

M. P..., âgée de 20 ans, avait eu ses dernières règles le 7 avril 1900. A chaque époque, depuis, douleurs pelviennes, surtout à droite.

12 juillet. Perte de sang par le vagin, crises douloureuses ; état nauséeux qui dura trois jours.

2 août. Nouvelles crises douloureuses, nouvelles pertes, nausées.

5 août. Appelé à la voir : elle a eu, depuis le 2 août, trois ou quatre fois 38°,5 ; elle a vomi ; le ventre a été ballonné : aujourd'hui il est douloureux, surtout à droite où on sent une tumeur ; au toucher, col mou : je crois sentir un utérus petit derrière le pubis, mais flanqué, à droite, d'une tumeur comme le poing ; je dis grossesse extra-utérine et, vu les accidents qui existent, je conclus à l'opération.

La malade est transportée dans une maison de santé ; elle a

(1) Communication à la *Société de gyn., obst. et péd. de Paris*, 14 janvier 1901.

perdu encore un peu de sang. Je l'examine à nouveau; je ne trouve plus la tumeur droite, et je pense à une rétroversion gravide qui se serait replacée.

La grossesse n'était mise en doute par personne.

J'allais renvoyer cette dame chez elle, quand le soir elle eut à nouveau 38°,5, quelques nausées, le ventre un peu douloureux.

Je priai mon maître et ami, le professeur Terrier, de la voir le 8 août. Il retrouva la tumeur latérale droite et postérieure, et pensa à une hématocèle.

Le 9, je pratiquai la laparotomie; selon mon habitude, je fis une toute petite incision : il me fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse normale, mais avec latéroflexion de l'utérus, que je redressai; la matrice gravide sortie du petit bassin n'avait pas de tendance à y retomber; elle était particulièrement flasque; je refermai le ventre.

Tout alla bien d'abord : elle perdit à peine quelques gouttes de sang le lendemain de la laparotomie et, quelques jours après, j'enlevai les fils de la suture abdominale et je partis en vacances.

Le 21 août, mon opérée guérie fit sa fausse couche : l'enfant était vivant; elle eut une hémorrhagie épouvantable, à laquelle cette jeune femme aurait à coup sûr succombé sans l'heureuse intervention de mon ami Hartmann, qui pratiqua un curettage et qui fut frappé de la mollesse et de l'inertie de cet utérus.

Les suites furent favorables; la malade est guérie et se porte aujourd'hui parfaitement.

Sans ces poussées de fièvre, sans ces pertes de sang, j'aurais sans doute différé mon intervention. Je me demande cependant si cette femme n'aurait pas tout de même fait une fausse couche. Les pertes qui s'étaient produites à plusieurs reprises n'étaient-elles pas, à ce point de vue, un sérieux indice ?

LA VAGINO-FIXATION

Par le professeur **Sabino Coelho** (de Lisbonne)

En 1896 j'ai communiqué au Congrès de Genève le résultat de 15 vagino-fixations que j'avais faites jusqu'alors sur 45 colpotomies antérieures. Je me suis habitué à ces interventions vaginales en 1895, dans l'Institut du professeur Martin, de Berlin.

J'ai fait jusqu'à présent 98 colpotomies antérieures et 43 vagino-fixations, avec un seul cas de mort. Les pexies pures, sans traitement d'autres lésions, ont été au nombre de 11. Je ne fais jamais l'opération sans avoir essayé le pessaire, avec lequel j'ai guéri plusieurs rétrodéviations, l'employant isolément ou après avoir traité la métrite et l'ovarite, si elles existent, et après avoir restauré le périnée, s'il est rompu ou relâché.

Depuis 1895 jusqu'à la date de mes communications au Congrès de Genève, j'attachais l'utérus au vagin par trois points ; mais en 1898 j'ai commencé à suivre la méthode perfectionnée de Dührssen. Je fais, comme ce professeur, la fixation par un seul fil qui passe dans l'épaisseur de l'utérus au niveau de l'insertion des trompes et traverse l'extrémité supérieure de l'incision vaginale et de l'ouverture péritonéale du pli vésicoutérin. Je ferme d'abord l'ouverture de ce pli par une suture longitudinale, et ce n'est qu'après que je noue l'unique point de fixation.

Ce perfectionnement a l'avantage d'éviter les difficultés dans l'accouchement, et de guérir les rétrodéviations sans risque qu'elles se reproduisent, en conséquence d'accouchements ultérieurs.

Dührssen a démontré que quelques adhérences solides au-dessus de l'orifice interne rendent l'accouchement difficile, car

elles empêchent la distension de la paroi utérine en dessous. Il en résulte que la partie située au-dessus de l'orifice se développe excessivement et tire anormalement par en haut la portion vaginale du col. Ces conditions défavorables par elles-mêmes s'exagèrent pendant l'accouchement. La dystocie de deux de mes opérées par mon ancien mode m'a conduit à accepter l'opinion de Dührssen. Quand on met en pratique la méthode de ce professeur, on obtient une adhérence connective entre le péritoine vésical et le vagin et une autre formée par des filaments délicats joignant le feuillet péritonéal de la face antérieure de l'utérus à celui de la face postérieure de la vessie. Ces filaments se distendent pendant la grossesse et l'accouchement, mais ils se rétractent après celui-ci et reconstituent l'antéversion obtenue par la pexie.

Dührssen cite un cas où il fut obligé de faire la castration totale à cause de la persistance des douleurs après l'extraction des trompes et la fixation de l'utérus. Il trouva des filaments au niveau du fond de l'organe, fragiles mais suffisants pour le tenir. J'ai deux cas dans ma pratique qui corrobent l'opinion du professeur de Berlin. A deux malades auxquelles je fis l'ignipuncture des ovaires affectés de dégénérescence microkystique et la vagino-fixation, j'eus plus tard à faire la castration totale à cause de la continuation des douleurs. J'avais suivi dans les deux opérations la méthode perfectionnée de ce professeur, et chez les deux malades j'ai trouvé des filaments délicats joignant le feuillet péritonéal de la face antérieure de l'utérus au feuillet péritonéal de la face postérieure de la vessie.

Je fais la vagino-fixation immédiatement après l'ouverture du péritoine ou après avoir traité des lésions existantes, selon que la rétrodéviation est simple ou compliquée.

Tirant à moi le col, je fais une incision longitudinale dans la paroi antérieure du vagin, commençant au-dessous du tubercule vaginal et se terminant à un centimètre environ au-dessus de la lèvre antérieure du col. J'ajoute à celle-ci, de chaque côté, une incision transversale inférieure qui ne dépasse pas le col.

Je sépare le bas-fond de la vessie de l'utérus. J'ouvre le péritoine. Afin de faire sortir le corps de l'utérus, je me sers d'un moyen variable avec la position de l'organe et le degré des adhérences. En cas d'extrême mobilité et surtout dans l'antéflexio-version, je ne fais l'extériorisation qu'avec les doigts. D'autres fois, je facilite la sortie, tirant avec une pince le col en arrière, ou joignant à cette manœuvre la traction du corps en avant au moyen de pinces appliquées à des niveaux successifs de celui-ci. En quelques cas je suis forcé de me servir de la pince de Orthmann. Je détruis les adhérences de périmétrite. Je fais l'énucléation de myomes de l'épaisseur de l'utérus et je ferme la plaie musculaire par suture continue à étages, ainsi que la péritonéale et la muqueuse, au cas où celle-ci a été intéressée à l'extraction de la tumeur. Il m'est arrivé de répéter cette opération dans le même utérus, parce qu'il y avait plus d'un myome interstitiel. Dans quelques cas, j'ai extrait des myomes implantés sur l'utérus et alors la suture a été à peine péritonéale. Je traite les annexes en faisant de préférence la chirurgie conservatrice. Dans les ovarites microkystiques, je fais l'ignipuncture ou la perforation au bistouri. Je dissèque les kystes un peu plus grands et je ferme les cavités par suture. Je laisse, quand je peux, les trompes et je les restaure par des opérations conservatrices. Si les annexes ne peuvent rester, j'en fais l'extraction, les vidant, quand, à cause de leur volume, elles ne peuvent sortir entières. J'ai opéré par colpotomie antérieure des hydrosalpinx, des pyosalpinx, des hématosalpinx, des kystes et des abcès de l'ovaire, des dégénérescences microkystiques et des myomes. Le raclage de l'utérus et l'amputation du col précèdent quelquefois la colpotomie, et les colporrhaphies antérieures et postérieures la suivent dans quelques cas.

Si la vagino-fixation n'est pas directe, elle vient, comme je l'ai dit, après le traitement circum-utérin.

Dans l'une ou l'autre hypothèse, je ne la pratique que si l'utérus souffre et si la souffrance ne dépend pas d'une cause étrangère à la déviation. J'ai observé beaucoup de femmes

avec rétroversio-flexion qui souffrent en vertu de lésions des annexes. Il y en a où la position fausse dérive du relâchement des ligaments et de l'utérus, conséquence du nervosisme et de la chlorose, comme le professeur Richelot a vu et comme j'ai observé moi-même. La fixation ne peut donner la guérison dans ces deux cas. Quand les déviations, au lieu d'être l'effet, sont la cause de l'état anormal du sang et du système nerveux, la vaginopexie guérit cet état, comme le professeur Dührssen affirme et comme j'ai eu l'occasion d'observer sur mes patientes. Et même, laissant cette hypothèse, s'il y avait périmétrite douloureuse, ne cédant pas au massage, il est nécessaire de le fixer par devant, afin d'éviter la répétition de nouveaux contacts et de nouvelles adhérences postérieures.

RÉCIDIVE DE GROSSESSE ECTOPIQUE

Par M. **Chapot-Prévost**,

Professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro (1).

Mme Emilia Str...., âgée de 30 ans, d'origine allemande, de constitution faible, née à Santa Catharina (Brésil) en 1865. Premières règles à l'âge de 18 ans, mais toujours précédées de douleurs assez fortes. Mariée à 28 ans (le 26 octobre 1893). Un mois et demi après le mariage, première fausse couche sans cause appréciable; deux mois et demi après cet avortement, elle en a un autre. Ses règles ayant reparu vingt-cinq jours après la seconde fausse couche, elle se fait soigner par un spécialiste, craignant qu'une troisième grossesse qui pourrait venir n'ait un dénouement semblable à celui des deux premières. Sa menstruation, qui durait généralement de sept à huit jours, ne s'étant pas présentée au mois de juillet 1894, elle se crut enceinte et abandonna le traitement, qui avait principalement consisté en injections vaginales chaudes et applications de pessaires pour corriger un vice de position de la matrice. Son ventre commence alors à grossir régulièrement, et, si ce n'est une envie fréquente d'uriner qu'elle a eue pendant quelque temps, rien d'anormal ne s'est présenté.

Vers les premiers jours du mois d'octobre, elle sent des mouvements qui continuent à se produire jusqu'au 23 mars 1895. « Jusque-là, me dit-elle, j'étais sûre d'être enceinte; mais les mouvements ayant cessé complètement depuis ce jour et ayant ressenti, trois jours après, de fortes douleurs comme

(1) Observation lue à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 9 novembre 1900, rapportée par M. VARNIER dans la séance du 7 décembre 1900. (Voy. p. 162.)

pour accoucher, sans que rien ne sorte qu'un peu de sang, j'ai compris tout de suite que j'avais une maladie plus grave. »

Un médecin, appelé deux jours après les premières douleurs, déclara qu'il n'y avait rien à faire qu'à attendre. Elle a cependant attendu tout un mois, ayant toujours de temps à autre quelques douleurs sans que rien ne se présente. Fatiguée d'attendre, elle va trouver un autre médecin qui lui dit alors qu'il y avait eu probablement erreur de date, c'est-à-dire qu'elle était bien enceinte, mais que le fœtus n'avait que six mois, les douleurs qu'elle avait présentées pouvant être expliquées par une menace d'avortement, comme elle en avait déjà eu.

Voyant reparaître ses règles deux semaines après, c'est-à-dire un mois et demi après cette espèce de faux accouchement, avec l'abondance habituelle, elle va trouver encore un médecin qui porte alors le diagnostic de fibrome utérin. Ce diagnostic a été confirmé par un spécialiste distingué, mais la malade a eu peur de se laisser opérer.

Le 12 du mois d'août, elle vient pour la première fois me consulter. En l'examinant je trouve le ventre augmenté de volume, représentant à peu près une grossesse de sept mois. La forme de la tumeur était très régulière en avant et sa consistance était réellement très ferme; mais en pratiquant le toucher vaginal j'ai cru pouvoir sentir un petit corps ayant à peu près le volume et la forme d'un petit pied de fœtus, et cette petite saillie se laissait facilement déplacer. Par le cathétérisme, j'ai pu constater que la cavité utérine mesurait à peine 7 centim. et demi.

Devant l'anamnèse faite d'une façon si précise par la malade d'un côté et, de l'autre, avec les données cliniques que j'ai pu recueillir pendant l'examen, j'ai porté le diagnostic de grossesse ectopique péritonéale. La mort du fœtus a dû avoir lieu probablement à l'occasion ou peu de temps avant ou après les fortes douleurs que la malade avait ressenties le 26 mars.

Je conseille alors l'opération qui fut pratiquée le 18 août 1895.

Après les premières incisions faites sur la ligne médiane de

la paroi abdominale, nous tombons sur une tumeur limitée par une membrane sous laquelle nous trouvons une couche très épaisse de *sébum;* mais nous pouvons tout de suite nous assurer que sous cette couche de substance sébacée il y avait un petit fœtus très bien conservé. Son dos était tourné en avant, la tête en bas et un peu inclinée à droite. Après avoir extrait ce fœtus de la cavité abdominale nous avons pu, en suivant le cordon très réduit de volume, arriver au placenta également très réduit et implanté sur une grande partie de la face antérieure de la matrice, sur une partie de la vessie et s'étendant un peu vers le côté gauche de ces deux organes et vers la face postérieure de la paroi abdominale antérieure du côté gauche. Il n'y avait pas de liquide dans le kyste fœtal; les membranes étaient directement appliquées sur le corps du fœtus dont elles étaient partout séparées par une épaisse couche de *sébum*, excepté au niveau de la tête où elles étaient intimement unies à la peau du fœtus. Les yeux avaient presque complètement disparu parce que leurs humeurs avaient été résorbées. Le fœtus, du sexe féminin, avait un poids de 1,640 gr. et le placenta 150 gr.

Les suites opératoires furent normales.

Le 9 octobre 1896, c'est-à-dire environ un an et un mois après cette opération, la même dame revient me trouver, en me disant qu'elle se croyait de nouveau enceinte, car ses règles n'étaient plus venues depuis le mois de mai et que, déjà le mois d'avril, elles n'avaient duré que trois jours au lieu de sept à huit comme d'habitude.

En l'examinant, je sens en effet très bien sous la paroi abdominale un fœtus correspondant à peu près à une grossesse de cinq mois et dont on sentait facilement les mouvements à travers la peau, à cause d'une petite éventration qui s'était produite après la première opération.

Cette femme me raconte alors qu'elle était partie le 18 avril pour l'Europe et que, peu de temps après son arrivée en Allemagne, c'est-à-dire au mois de juin, elle avait eu une pneumonie, étant obligée de garder le lit pendant huit jours. De

retour à Rio-de-Janeiro le 6 août, elle a eu une nouvelle pneumonie à la fin de ce même mois et depuis lors elle a une toux qui la gêne beaucoup. En examinant ses poumons, j'ai pu constater des foyers de phymatose au niveau du sommet droit. Ses crachats avaient des bacilles de Koch dans une proportion correspondant à peu près au nº III de l'échelle de Gaffky. Après un régime de suralimentation et une médication arsenicale convenablement institués et régulièrement suivis, les symptômes pulmonaires s'amendent.

Je recommande bien à ma malade de me faire avertir aussitôt qu'elle arriverait au neuvième mois ou que quelque symptôme alarmant se présenterait.

Le 7 novembre, c'est-à-dire dans le courant du septième mois de sa grossesse, elle a ressenti de fortes douleurs comme si elle allait accoucher et elle a eu une hémorrhagie utérine qui a cédé à une injection vaginale d'eau chaude. Les mouvements du fœtus se sont arrêtés depuis cette occasion. Pendant cet accident, j'étais absent de Rio. A mon retour, la dame est venue me trouver et j'ai pu constater que le fœtus était mort. J'ai encore conseillé une laparotomie que j'ai pratiquée le 13 décembre 1896.

Après l'incision de la paroi abdominale, nous avons trouvé un kyste dans lequel il y avait encore une assez grande quantité d'un liquide ayant une couleur foncée, comparable à celle d'une infusion de café. Dans ce kyste, nous trouvons un fœtus du sexe masculin, très bien conservé et ayant le volume d'un fœtus de six à sept mois. Le placenta, encore assez volumineux, avait une large surface d'implantation qui s'étendait d'un côté sur l'ovaire et la trompe droite, sur l'appendice iléo-cæcal, sur une partie du cæcum et de l'intestin grêle, de l'autre sur une certaine étendue de la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Les adhérences du placenta sur ces points étaient très peu résistantes, mais pendant son décollement, qui a été assez long, ces surfaces ont tout de même saigné suffisamment.

Ayant trouvé l'ovaire droit très adhérent à la trompe, j'ai

cru prudent de faire tout de suite la résection de ces deux organes, laissant cependant l'appendice vermiculaire qui ne semblait rien avoir d'anormal. Le fœtus avait un poids de 1,320 grammes et le placenta pesait 558 grammes.

L'opération a duré une heure et quart. Les suites opératoires ont été très bénignes et le 15 décembre, c'est-à-dire deux jours après cette laparotomie, les règles ont reparu.

Nous avons tâché de corriger l'éventration qui s'était produite après la première opération en réunissant les bords internes des grands droits de l'abdomen par des sutures profondes faites avec du gros catgut. Peu de jours après notre départ de Rio, nous avons encore revu notre malade qui allait un peu mieux de sa tuberculose; elle n'était plus devenue enceinte.

Il faut rappeler que le père de cette dame était alcoolique et que sa mère est devenue folle peu de temps après la seconde opération et est morte dans un asile d'aliénés à Rio-de-Janeiro.

Nous avions tout disposé pour pouvoir laparotomiser notre malade avant la fin de sa deuxième grossesse péritonéale, dans le but d'extraire du ventre un fœtus encore vivant et de le conserver quelque temps dans une couveuse, mais des circonstances imprévues nous en ont empêché.

Nous croyons que c'est ce qu'il y a de mieux à faire quand on peut porter un diagnostic à temps. Si cependant celui-ci ne peut être fait que quelque temps après la mort du fœtus, nous pensons que, sauf une indication formelle d'intervention, il vaut toujours mieux attendre deux ou trois mois, et opérer pour ainsi dire à froid, c'est-à-dire après que le placenta n'aura plus d'adhérences avec les surfaces où il s'est implanté. L'opération sera alors très facile.

DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU VAGIN

ET SUR UN CAS GUÉRI PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (1)

Par M. Jorfida
Assistant à la clinique chirurgicale de Padoue.

La tuberculose des organes génitaux externes, chez la femme, était peu connue jusqu'à la fin de l'année 1879, époque à laquelle Cornil put diagnostiquer et étudier minutieusement l'ulcère tuberculeux du vagin. Plus tard, Babès (1883) réussit à découvrir le bacille tuberculeux dans la sécrétion vaginale dans un cas de cette espèce. C'est à la suite de ces études soigneuses qu'apparut la possibilité de diagnostiquer avec une certaine sûreté, et aussi de guérir la tuberculose du vagin.

Krause et Schuchard décelèrent ainsi le bacille tuberculeux dans des cas semblables. Et les recherches de Weseneo, Koch, Coze et Simon aboutirent aussi à des résultats positifs. Simultanément, l'anatomo-pathologie suivit les progrès réalisés par la bactériologie ; aussi, connut-on d'une façon de plus en plus précise les modifications anatomiques que l'infection tuberculeuse amène dans le vagin. En 1885, Deschamps publia une monographie très intéressante sur les ulcérations tuberculeuses du vagin et de la vulve, envisageant la question sous un point de vue particulier. Verneuil s'était occupé de l'origine de la tuberculose génitale, et Fernet avait entrevu la possibilité de la contamination de l'organisme par cette voie. Mais c'est à Hégar (1886), et plus tard à Derville, qu'on est redevable de notions plus exactes encore sur l'étiologie, le diagnostic et la cure de la maladie.

---

(1) Traduit de *La Riforma Medica*, 1900, n° 15, p. 170 *et seq.*, R. LABUSQUIÈRE.

On doit à Thompson un cas intéressant dans lequel on trouva, à l'autopsie, le vagin fermé par un hymen imperméable et transformé en un sac contenant environ 750 gr. d'un liquide très fétide, dû en partie aux sécrétions menstruelles. Muqueuse vaginale et col utérin étaient parsemés de tubercules. Breisky en observa un autre chez une femme âgée; également, Klob. Dans une observation de Sweig-Baum, vulve, vagin et col de l'utérus étaient affectés par le processus tuberculeux. Il y avait sur la paroi postérieure du vagin quelques ulcérations sinueuses, à bords élevés, déchiquetés, durs, à fond recouvert par une sécrétion grisâtre plutôt épaisse. Le processus avait envahi ensuite la petite lèvre gauche qui avait été, bientôt, presque totalement détruite. L'examen microscopique de débris de tissus, pris sur les bords des ulcérations tuberculeuses, y montra des bacilles tuberculeux. Kuttner rapporta un cas où l'infection tuberculeuse se propagea des ganglions lymphatiques aux organes génitaux externes : la grande lèvre droite commença de s'infiltrer, devint ensuite le siège d'une ulcération à fond couvert de granulations grisâtres, à bords dentelés et infiltrés ; ultérieurement, la grande lèvre gauche s'ulcéra, le clitoris, etc. Mais, il s'agit évidemment ici de tuberculose secondaire du vagin, fait de peu d'intérêt au point de vue curatif.

Au contraire, les deux cas rapportés par Demme sont rigoureusement primitifs. Le premier concerne une fillette de 13 mois, qui présentait de la tuméfaction et des ulcérations tuberculeuses des petites lèvres et du vestibule. Elle guérit localement à la suite d'un énergique raclage à la curette, mais mourut trois mois après de tuberculose méningée. Le second cas fut observé chez une fillette de 7 mois, chez laquelle il existait des lésions tuberculeuses de la partie droite de l'ostium vulvaire : guérison par le traitement chirurgical. Dans l'observation de Schenk (fillette de 4 ans et demi), le processus se manifesta par une ulcération du clitoris avec tuméfaction des ganglions inguinaux. Il y eut ensuite tuméfaction des grandes lèvres et

extension progressive de l'ulcération clitoridienne, laquelle envahit aussi l'urèthre. Traitement : résection de l'urèthre et d'une portion de la paroi vaginale antérieure, énucléation des ganglions. Le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique des ganglions lymphatiques et l'examen bactérioscopique de la sécrétion de l'ulcération.

On doit aussi à de Paoli cinq autres cas dans un seul desquels le processus apparut comme une manifestation secondaire de la tuberculose d'autres organes. Des autres cas, deux possèdent une importance plus grande, par la raison que l'infection tuberculeuse se transmit à l'homme par le coït. L'un des sujets dut subir l'extirpation des ganglions inguinaux infectés, tandis que l'autre malade fut opéré pour tuberculose testiculaire et mourut, ultérieurement, de tuberculose du poumon. Voilà deux cas fort intéressants au point de vue prophylactique, surtout à l'heure actuelle où l'on discute si chaudement sur le moyen de diminuer l'extension de la maladie, et que la lutte contre celle-ci est plus âpre que jamais.

Angelini a également publié un cas qui, d'après lui, doit être tenu pour une tuberculose primitive du vagin et de l'utérus, bien qu'à l'autopsie il existât de la tuberculose d'autres organes (intestin, rate, poumon), par la raison que les lésions vagino-utérines apparaissaient beaucoup plus anciennes et que, durant la vie, ne s'étaient pas manifestés des phénomènes morbides de nature à faire soupçonner l'existence de la tuberculose dans une région plus vitale de l'organisme.

Voici résumé le cas que j'ai observé :

OBSERVATION. — ... 23 ans, paysanne, mariée. Hérédité pathologique, semble-t-il, négative. Sauf les exanthèmes propres à l'enfance, pas de maladie. Menstruation régulière dans son apparition et sa durée. Mariée il y a un an et demi, et il y a quatre mois accouchement d'un enfant à terme, d'un poids un peu supérieur au poids normal. L'accouchement se fit spontanément. Toutefois, il s'accompagna d'une déchirure de la commissure postérieure de la vulve qui, bien que non considérable, retint l'accouchée douze à quinze jours au lit. Durant les

deux mois qui suivirent l'accouchement, la femme n'accusa aucun trouble notable. Par contre, dans la suite, elle commença à noter une sensation de brûlure aux parties génitales, qui devint plus pénible, douloureuse même aux époques menstruelles. Vers la même époque, elle commença à perdre par ses organes génitaux des sécrétions jaunâtres qui, rares les premiers jours, devinrent de plus en plus abondantes et la forcèrent parfois à se garnir. Malgré cet état la malade, sauf les soins de toilette externe habituels, ne fit aucun traitement jusqu'à il y a vingt jours maintenant. A ce moment, elle commença à présenter des élévations vespérales de la température, précédées de frissons et, simultanément, remarqua une tuméfaction au niveau de la région inguino-crurale gauche, qui alla en augmentant de volume. Dix jours après, apparut également une tuméfaction dans la région inguino-crurale droite, qui grossit peu à peu jusqu'à avoir les dimensions actuelles. Finalement les organes génitaux externes, particulièrement la grande lèvre droite, subirent une augmentation de volume. Ces accidents ont forcé la malade à garder le lit depuis quelques jours.

Examen. — Squelette normal; musculature peu développée, pannicule adipeux rare, muqueuses pâles. Rien d'anormal à la tête, au cou, au thorax.

Ventre légèrement proéminent, avec de nombreuses vergetures plutôt récentes. Dans la région inguino-crurale gauche, tuméfaction ovale allongée non uniforme, irrégulière, bosselée, mesurant 5 centim. à 3 centim.; à droite, tuméfaction semblable, mais moins importante. L'examen de ces tuméfactions fait reconnaître qu'elles résultent de l'agglomération de petites tumeurs, arrondies, dont quelques-unes résistantes au doigt; d'autres, au contraire, molles et partiellement fluctuantes. Rien d'anormal, à la palpation des autres régions de l'abdomen.

Les organes génitaux externes sont tuméfiés, particulièrement, comme il a été déjà noté, la grande lèvre droite, au niveau de laquelle la pression digitale produit une dépression qui disparaît lentement. Les grandes lèvres écartées, on constate que la vulve et la première partie du vagin sont recouvertes par une sécrétion jaunâtre très abondante, qui flue à l'extérieur. La sécrétion enlevée par une irrigation vaginale à l'eau boriquée, la vulve et le vagin se montrent le siège de nombreuses ulcérations, qui en général sont plus marquées et plus étendues au niveau de la commissure postérieure de la vulve et dans la première portion du vagin. A la commissure vulvaire, existe une solution de continuité, des dimensions d'une pièce de 2 centimes, mais

à forme allongée dans le sens transversal, à bords anfractueux et à pic ; à fond grisâtre, sale, qui se laisse difficilement déterger avec un instrument mousse, et montre, au-dessous, un tissu sain d'apparence. Les autres solutions de continuité, pour la plupart plus petites, sont néanmoins à peu près semblables et sont disséminées surtout sur la paroi postérieure du vagin. Certaines sont de formes peu définies : demi-circulaires, triangulaires, etc. ; ulcérations, en certains points plus ou moins profondes et résultant évidemment de la rencontre, par suite des progrès du processus, de plusieurs d'entre elles.

Les culs-de-sac vaginaux sont indemnes du processus ulcératif ; de même le col de l'utérus, qui paraît plutôt hypertrophié, rouge, avec l'orifice externe béant. A l'examen combiné, abdomino-vaginal, on constate que l'utérus, de volume à peu près normal, est en antéversion. Les annexes, des deux côtés, ne présentent rien d'anormal.

Ayant recueilli dans une éprouvette stérilisée de la sécrétion vaginale, avant d'instituer aucun traitement, j'ai fait plusieurs préparations que j'ai soumises à la double coloration. Sur plusieurs de ces préparations, il m'a été impossible de relever quelque chose de net : par contre, sur deux, j'ai pu mettre nettement en évidence le bacille tuberculeux. De même ayant, dans un but de diagnostic, enlevé un fragment de tissu au niveau de l'ulcération de la commissure et l'ayant soumis à l'examen histologique, j'ai constaté la présence de tubercules à diverses périodes de leur développement. J'ai donc été conduit à faire le diagnostic de : *ulcérations tuberculeuses de la vulve et du vagin*, et comme il n'existait pas, étant donnés du moins les phénomènes cliniques, de tuberculose d'autres organes et que les ganglions inguino-cruraux s'étaient pris ultérieurement au processus vulvo-vaginal, j'étais justifié à admettre une tuberculose *primitive* de la vulve et du vagin.

Traitement. — Les premiers jours, je pratiquai des irrigations vaginales abondantes avec une solution salicylée, bouillie, à 3 p. 100 ; puis je fis aussi quelques lavages vaginaux avec une solution faible de sublimé 0,25 p. 1,000. Mais la température ne montrait aucune tendance à baisser, les ulcérations aucune tendance à régresser. D'autre part, les tuméfactions inguino-crurales augmentaient et, en certains points, présentaient des signes de fluctuation. Je dus alors procéder à l'extirpation des masses ganglionnaires des deux côtés ; plusieurs ganglions étaient complètement ramollis, d'autres étaient en voie de dégénérescence graisseuse. A gauche, il y en avait un nombre considérable d'atteints. L'un d'eux, gros comme une noix et situé dans le canal

crural, distendait ce canal de deux à trois fois son volume, au point que je pris le parti de le rétrécir par le procédé de Tricomi pour la cure de la hernie crurale. Ayant assuré le drainage des deux champs opératoires, je fis la suture et obtins du côté droit une guérison rapide. Mais, à gauche, un sinus fistuleux qui correspondait au siège du drain, persista plus d'un mois. Quant aux ulcérations tuberculeuses du vagin, en dépit d'un traitement quotidien, cautérisation à l'iode, au nitrate d'argent et tamponnement, après irrigation du vagin avec de la gaze stérile saupoudrée d'iodoforme, elles ne s'amélioraient aucunement. La sécrétion vaginale, bien qu'un peu moins dense, était toujours très abondante, et la tuméfaction des organes génitaux n'accusait aucune tendance à diminuer. En conséquence, je dus me résoudre à un traitement plus énergique. Et, un mois et demi après le début de la cure, je procédai à un raclage des diverses ulcérations avec la cuiller de Volkmann, cautérisai le fond avec le bouton du thermocautère, et tamponnai la cavité vaginale avec de la gaze stérilisée chargée de vaseline. Le jour suivant, j'enlevai le tampon, fis un lavage à l'acide borique, et vaselinai à nouveau vulve et vagin.

Durant un mois, je continuai à peu près ce traitement, et pus constater alors la *guérison complète* du processus morbide.

J'ai dit plus haut que j'avais démontré la présence du bacille tuberculeux dans la sécrétion vaginale, au moins dans les premiers jours de l'entrée de la malade à la clinique. Par contre, ultérieurement, même avant de pratiquer le raclage des ulcérations, il me fut impossible de constater à nouveau la présence du microorganisme spécifique. Avec les produits obtenus par le raclage, produits durcis dans l'alcool au sublimé et inclus dans la paraffine, j'ai fait des préparations que j'ai colorées par le procédé de Ziehl pour l'examen bactérioscopique. J'ai traité d'autres fragments avec le liquide de Müller et les ai décolorés à l'hématoxyline pour l'examen histologique. Sur ces dernières préparations, sur lesquelles la section tombait perpendiculairement à l'axe du vagin, j'observai, en général, une surface excavée, dont les bords présentaient par places un épithélium vaginal parfaitement normal, avec, çà et là, des éminences papillaires. En d'autres points, et particulièrement dans ceux où la coupe, accusait quelque dépression légère, l'épithélium paraissait très aminci, au point qu'on apercevait à peine le stratum cylindrique basal ; que ce dernier, en certains endroits, avait même disparu et qu'alors il existait à sa place un tissu de granulations riche en vaisseaux. Çà et là, tantôt au-dessous des points au

niveau desquels l'épithélium se montrait à peu près intact, tantôt dans les régions où cet épithélium avait totalement disparu, apparaissaient des tubercules à divers stades de leur développement. En général, les tubercules étaient plus nombreux dans les couches plus superficielles.

On distingue dans les tubercules des cellules géantes de dimensions variables, avec un nombre plus ou moins grand de noyaux; ces éléments ont pour la plupart une coloration plus pâle que les éléments environnants. Au niveau d'un certain nombre de tubercules, j'ai pu observer des tractus fibreux néoformés qui entouraient la cellule géante, l'isolant en quelque sorte des tissus voisins. On pourrait interpréter cette disposition anatomique dans le sens d'un mode de guérison du tubercule par transformation fibreuse.

L'examen bactérioscopique ne donna aucun résultat positif au point de vue de la recherche du bacille tuberculeux.

Des fragments des ganglions les moins altérés, extirpés dans les régions inguino-crurales, furent inoculés sous la peau de deux cobayes, d'autres dans la cavité péritonéale de deux autres cobayes. Sur les deux premiers cobayes, je constatai des ulcérations au niveau des points d'inoculation et des métastases typiques dans les ganglions lymphatiques voisins. Des deux autres, l'un mourut deux mois après dans un état de marasme; on constata de la tuberculose péritonéale diffuse et de la tuberculose généralisée. Le second fut sacrifié deux mois et demi après l'inoculation. On constata nettement au point d'inoculation une agglutination des anses intestinales, parsemées de petits tubercules, dont le centre était constitué par un petit amas de matière caséeuse.



A mon avis, l'observation que j'ai recueillie a une certaine importance, non seulement parce qu'il s'agit d'une forme primitive, mais aussi parce que l'infection est survenue pendant le puerpérium. De fait, de l'anamnèse soigneuse, de l'examen physique scrupuleux de tous les autres organes, il résultait que la malade n'avait jamais eu dans le passé, et ne présentait actuellement aucune autre lésion tuberculeuse. Il restait à voir si le mari n'était pas atteint de tuberculose, et particulièrement de tuberculose génitale, ce qui aurait mieux expliqué une contamination directe. Or, l'examen que je fis du mari me permit de constater qu'il était indemne de tubercules

aussi bien dans ses organes génitaux que dans ses autres organes.

Toutefois, comme la maladie paraissait de date toute récente, qu'elle devait même être postérieure à l'accouchement, l'idée s'offrait que l'infection avait pu être le résultat d'un milieu contaminé, ou qu'elle avait pu être transmise par une sage-femme de propreté suspecte. Or, l'enquête faite dans ce sens me permit d'établir que l'infection avait dû se produire de la première de ces deux façons. La malade m'apprit, en effet, que peu avant son accouchement elle avait, à maintes reprises, rendu visite à une malade atteinte de tuberculose pulmonaire, qui habitait une maison voisine de la sienne. Aussi, l'hypothèse est-elle acceptable que la malade avait apporté dans ses vêtements, sur elle, etc., des bacilles tuberculeux qui, à l'occasion de l'accouchement et de la déchirure commissurale, trouvèrent un lieu propice à leur développement.

Cette hypothèse, si elle n'est pas dénuée de fondement, si elle apparaît comme un fait probable, possède une grande importance, particulièrement à l'heure actuelle, où l'on lutte pour la prophylaxie de la tuberculose; où l'on s'efforce de protéger, de préserver les sujets indemnes et en même temps de porter assistance aux pauvres malades en les accueillant dans des établissements où leurs conditions physiques sont susceptibles de s'améliorer.

*
* *

Les organes génitaux externes de la femme sont rarement affectés de tuberculose soit primitivement, soit secondairement; soit secondairement même quand l'utérus en est atteint. La preuve de ce fait peut être tirée de la statistique de Geil qui, sur 45 cas de tuberculose de l'utérus, n'a trouvé que trois fois une affection semblable du vagin. Il faut admettre que l'infection, quand l'utérus et les annexes sont contaminés par voie ascendante, traverse les premières parties du canal génital sans s'y fixer. Cette particularité paraît due surtout à la muqueuse vaginale, épaisse et résistante, à l'épithélium pavimenteux dont

elle est revêtue, puis à la lutte inégale que subit le bacille tuberculeux contre les nombreux organismes qui, dans l'état normal, habitent le vagin. Au contraire, la muqueuse utérine offre une moindre résistance : elle est plus délicate ; l'épithélium qui la tapisse est formé d'une couche unique de cellules cylindriques et offre de nombreux orifices glandulaires. Aussi, il y a quelques années, Cornil disait-il ne pas connaître de cas de tuberculose de la portion vaginale du col de l'utérus ou du vagin qui ne dépendît d'une fistule vésico-vaginale de même nature. Par contre, Daurios prétend avoir relevé 24 cas de tuberculose vaginale sur 166 observations.

Bien que plus rare que la forme secondaire, la primitive est, à l'heure actuelle, une réalité clinique indiscutable, démontrée soit par les faits déjà observés, soit par les recherches expérimentales qui ont été faites.

La maladie peut s'observer à tous les âges, mais surtout à la période de l'activité sexuelle ; non seulement parce que l'infection directe est plus facile, mais aussi par la raison qu'à cette époque les organes génitaux sont plus exposés aux irritations mécaniques (grossesse, puerpérisme, excès sexuels, etc.). Selon Kuttner, la tuberculose de la vulve et du vagin serait plus apte à se produire dans l'enfance, parce que la muqueuse étant plus délicate offre une résistance moindre. Mais cette réceptivité plus grande dans l'enfance ne saurait, à mon avis, compenser toutes les autres circonstances qui, soit dans la jeunesse, soit dans l'âge adulte, favorisent l'infection. En fait, durant la période de l'activité sexuelle, les traumatismes et les affections inflammatoires se produisent beaucoup plus facilement : d'où, danger plus grand d'infection.

Parmi les traumatismes du vagin de nature à prédisposer à la maladie, je crois, du moins si je juge d'après les recherches que j'ai faites, qu'il n'en est pas de plus actif que celui de la parturition. Pour le cas que j'ai observé, ce traumatisme a constitué le moment le plus favorable au développement de l'affection.

Schuchard, se basant sur ses observations, croit plus fréquente l'infection mixte par l'association du gonocoque ou du virus du chancre mou avec le bacille tuberculeux, parce qu'il a remarqué que dans les premiers jours de l'infection, il n'y avait pas, à vrai dire, une vraie ulcération tuberculeuse. D'autres, par contre, ne pensent pas qu'il s'agit d'une infection mixte, mais que, du fait de la maladie vénérienne, il est des points du vagin de résistance moindre, sur lesquels se fixe le bacille tuberculeux.

Mais que l'infection se fasse de cette façon ou d'une autre, le fait n'a qu'une importance relative. Il reste acquis que le vagin présentant des conditions de réceptivité, la contagion peut s'effectuer. Les recherches de Cornil et de Dobroklonsky, bien qu'ultérieurement on ait tenté de montrer que leurs résultats étaient erronés, ont établi qu'on peut, en inoculant une faible quantité de culture tuberculeuse dans le vagin des cobayes, produire la tuberculose des organes génitaux. A l'Institut d'anatomie pathologique de Padoue, dirigé par Bonome, on a aussi obtenu des résultats positifs, en réussissant à produire des ulcérations tuberculeuses sur les organes génitaux externes d'un cobaye par l'introduction dans le vagin d'un noyau caséeux de la paroi utérine, recueilli sur un cadavre sur lequel on avait rencontré une tuberculose primitive du vagin et de l'utérus. L'animal, sacrifié un mois après, présentait de la tuberculose du vagin et des ganglions lymphatiques inguinaux, iliaques et prélombaires, sans localisation sur d'autres organes. Par contre, dans les expériences de Guzzoni, il ne survint aucune manifestation locale, bien qu'on eût préalablement irrité le vagin avec de la teinture d'iode. Mais, pour ces derniers faits, on peut se demander si la teinture d'iode, si en vogue aujourd'hui contre les tuberculoses locales, n'a pas précisément joué un rôle de défense. Williams a également fait des expériences semblables et déclare n'avoir obtenu l'infection ni dans le vagin ni dans d'autres organes. Mais ces résultats négatifs ne sauraient infirmer les expériences positives : ils démontrent seulement

que la tuberculose primitive du vagin est une localisation rare, mais non impossible.

L'infection peut se faire de façons bien diverses : par l'intermédiaire de l'air, des crachats, des doigts, des canules vaginales, par le coït avec des sujets atteints de tuberculose testiculaire, prostatique. Relativement à ce dernier mode de contamination, on a décrit des cas dans lesquels des femmes avaient été infectées par un mari tuberculeux, mais dont l'appareil génito-urinaire était normal. Ces faits trouvent leur explication dans les expériences de Cart-Jani, qui trouva des bacilles tuberculeux dans les testicules et la prostate d'individus tuberculeux, dont les organes génito-urinaires *paraissaient* sains. Conheim, le premier, signala la possibilité de l'infection spécifique par le coït, opinion adoptée ultérieurement par Verneuil et d'autres. Mais c'est à Derville qu'on doit la démonstration la plus importante de ce mode d'infection : sur 8 cas de tuberculose génitale chez la femme, il trouva 5 fois le bacille de Koch dans la sécrétion vaginale et, d'autre part, il constata que maris et amants de ces malades étaient tous atteints de tuberculose de l'épididyme d'un côté ou des deux.

Mais pour que l'infection puisse se faire, il faut que le vagin soit en état de moindre résistance. Et cela pourra être dû à des lésions traumatiques ou catarrhales, à l'infection blennorrhagique, aux ulcères vénériens, etc. Sous l'influence des mêmes causes prédisposantes, et par le même mécanisme que la primitive, l'infection secondaire peut se produire, et celle-ci d'autant plus facilement qu'en général les résistances organiques sont diminuées chez les sujets atteints d'autres foyers tuberculeux, et que la possibilité des inoculations est plus grande (fréquence de la cause, voisinage ou contiguïté du foyer primitif). Outre les conditions qui président à l'infection primitive, la secondaire peut s'effectuer par les déjections alvines, par les sécrétions utérines, par les fistules vésico-recto-vaginales, etc. Parfois, le processus s'installe par voie descendante, de la trompe au vagin, avec intégrité de l'utérus.

Sur les 17 cas de tuberculose vaginale observés par Orth, il y en aurait eu 3, suivant Oppenheim, dans lesquels l'utérus serait resté intact, tandis que trompes et vagin présentaient de la tuberculose plus ou moins avancée. En d'autres cas, la maladie vient directement de l'utérus. Et c'était l'opinion de nombreux pathologistes que la tuberculose vaginale ne pouvait se transmettre que de cette façon ; Klebs fut un des avocats les plus convaincus de cette théorie.

Mais la maladie, comme il a été dit, peut se transmettre par beaucoup d'autres voies. Dans un cas de Virchow, il y avait eu tuberculose primitive des voies urinaires et l'affection s'était transmise au vagin par l'écoulement, dans cet organe, des sécrétions urinaires qui contenaient des bacilles tuberculeux. Weigert rapporte un cas dans lequel l'infection du péritoine s'était propagée à l'intestin et de là au vagin, grâce à une perforation. Il en fut de même dans le cas de Babes, où des ulcérations tuberculeuses du rectum avaient perforé la paroi vaginale postérieure et infecté le vagin.

La tuberculose du vagin peut se manifester sous deux formes : a) forme *miliaire*, b) forme *ulcéreuse*. Certains auteurs, Daurios entre autres, ont voulu distinguer une troisième variété, la fistuleuse. Mais j'estime qu'il est inutile de retenir cette troisième modalité, qu'en réalité l'ulcéreuse et la fistuleuse sont identiques, ne diffèrent que par la profondeur plus ou moins grande de l'ulcération, tantôt superficielle, entourant à peine la muqueuse, tantôt au contraire allant jusqu'à la perforation et faisant communiquer vagin, vessie, rectum, etc.

La forme miliaire est peu intéressante pour le chirurgien. Le vagin apparaît, spécialement vers les culs-de-sac ou dans toute son étendue, parsemé de petits nodules rouges, grisâtres, qui représentent des tubercules jeunes.

La forme ulcéreuse correspond à cette phase de la maladie dans laquelle les tubercules, devenus adultes, ont subi la métamorphose régressive donnant lieu, çà et là, par la désagrégation et l'élimination des produits tuberculeux, à des pertes de

substance, à des lésions de continuité. Plus tard, par le fait du contact, de la rencontre de plusieurs de ces lésions, les ulcérations tuberculeuses du vagin sont plus ou moins étendues, peuvent affecter une forme arrondie ou ovalaire, ou telle autre configuration qu'il est impossible de déterminer. Elles peuvent se rencontrer vers le fond du vagin, dans les culs-de-sac, sur la portion vaginale du col de l'utérus, principalement dans la partie antérieure du canal génital, à l'ostium vulvaire, sur le méat de l'urèthre, ou au niveau de la commissure vulvaire postérieure. Dans ces cas, les organes génitaux externes apparaissent très tuméfiés, et à un stade plus avancé de la maladie, ils se recouvrent partiellement de produits tuberculeux, ainsi qu'il a été observé récemment par de Paoli. Les ulcérations peuvent être superficielles ou profondes, à bords irréguliers, anfractueux, taillés à pic, plutôt tuméfiés et consistants, de coloration rouge, à fond excavé, recouvert et infiltré par une substance jaunâtre d'aspect caséeux qui, enlevée, laisse voir de petites granulations pâles et œdémateuses. Mais les ulcérations tuberculeuses n'ont pas toujours un aspect aussi caractéristique. Parfois elles se présentent avec des bords plus aplatis ou avec un stratum épithélial qui s'avance vers le fond, où l'on peut apercevoir des granulations rouges exubérantes, saignant facilement. Ce dernier état représente assurément un acheminement vers la guérison, dû dans la plupart des cas au traitement institué.

Le tissu intermédiaire à deux ulcérations offre un aspect normal. Par contre, il est parfois infiltré de petits tubercules gris, durs, semi-transparents ou jaunâtres et peu saillants, qui, ultérieurement, peuvent présenter un début d'ulcération : c'est la confluence de ces petits foyers ulcérés qui aboutit à la formation des ulcérations tuberculeuses.

La maladie, particulièrement quand elle constitue une lésion primitive, est caractérisée, indépendamment des ulcérations, parfois par l'épaississement éléphantiasique du tissu connectif des grandes et des petites lèvres et de la portion clitoridienne,

effet de l'inflammation réactionnelle et du trouble de la circulation veineuse et lymphatique.

En certains cas, les ulcérations tuberculeuses accusent une forte tendance à s'étendre en profondeur. C'est alors qu'il se forme des sinus fistuleux, à trajet plus ou moins rectiligne, qui finissent par mettre en communication le vagin avec la vessie, le rectum. Ces fistules paraissent formées par une ulcération tuberculeuse, entourée le plus souvent par de petits points jaunâtres ou par d'autres ulcérations tuberculeuses : le trajet fistuleux apparaît au centre de l'ulcération. Suivant que les ulcérations tuberculeuses vaginales sont primitives ou secondaires, les lésions sont plus ou moins développées dans le vagin. Elles sont, au niveau du rectum ou de la vessie, plus graves quand elles ont été précédées d'une tuberculose intestinale ou vésicale. Suivant Daurios, il existerait une troisième variété de fistule due au mécanisme suivant : l'infection tuberculeuse, cantonnée dans la paroi vaginale, y donnerait lieu à la formation d'un petit abcès qui, ultérieurement, s'ouvrirait dans le rectum ou dans la vessie.

Ces fistules tuberculeuses, vésico ou recto-vaginales, ne se distinguent par aucun caractère déterminé des fistules communes, sauf les cas dans lesquels il est possible de constater des tubercules et où l'examen bactérioscopique met en évidence le bacille de Koch.

Si, enlevant des fragments du tissu vaginal, on en fait l'examen histologique, on peut apercevoir, particulièrement sur les bords des ulcérations, des tubercules typiques, lesquels sont généralement plus accusés dans le stratum superficiel : on constate autour d'eux une infiltration notable de petites cellules. On voit encore qu'autour des vaisseaux voisins se sont formés de petits amas de cellules granuleuses. Le stratum épithélial est aminci et les nodosités tuberculeuses font saillie au-dessous. En d'autres points, l'épithélium a été détruit, en sorte que les tubercules restent à découvert. Dans ces points, les capillaires ainsi que les utricules de la muqueuse paraissent dilatés.

Aussi bien dans l'intérieur des tubercules que dans leur voisinage, on note la présence de bacilles tuberculeux. Certaines ulcérations offrent un tissu de granulations riche en vaisseaux; on peut, toutefois, trouver, au-dessous, des tubercules jeunes ou adultes.

*
* *

Le *début* de la maladie est en général insidieux; il s'accompagne de symptômes tellement légers qu'il passe inaperçu pour beaucoup de femmes. De fait, l'affection peut évoluer un certain temps, jusqu'à ce qu'elle ait acquis une importance notable, sans que la femme ressente rien de plus qu'un peu de brûlure, de prurit, ou tout au plus quelques douleurs aux parties génitales, comme il s'en produit parfois un peu avant les règles.

Par contre, plus tard, la femme commence à remarquer qu'elle perd par les organes génitaux des sécrétions d'abord blanches, qui deviennent plus tard jaunâtres, plus ou moins denses, qui parfois dégagent une mauvaise odeur, et, en certains cas, sont striées de sang. Ensuite, les organes génitaux se congestionnent, en partie à cause de l'irritation provoquée par la sécrétion vaginale : il y a alors sentiment de pesanteur, douleurs hypogastriques avec irradiations aux lombes et au vagin. Mais, à ce moment, la maladie, installée depuis longtemps déjà, a donné lieu à des lésions assez accusées.

En quelques cas, même à cette période, les douleurs font encore complètement défaut, et les malades n'ont consulté le médecin qu'à cause des pertes génitales, blanches et jaunâtres. Ce défaut de sensibilité a été relevé comme caractère différentiel entre la vaginite tuberculeuse et les autres formes d'inflammation du vagin, aiguë ou chronique.

Plus tard, soit que l'infection se soit propagée à d'autres organes, soit que l'état général commence à être fortement déprimé, la menstruation présente des irrégularités ou même se supprime. L'état alors se complique plus ou moins du cortège des accidents physiques et moraux auxquels sont sujettes les jeunes femmes aménorrhéiques.

L'exploration digitale, dans la plupart des cas, est parfois même douloureuse. D'autre part, le col de l'utérus paraît plutôt augmenté de volume et ramolli. On peut, par le toucher digital, sentir sur la muqueuse du vagin et sur celle qui revêt le col de l'utérus, des érosions plus ou moins profondes, de formes et de dimensions très variables, à bords plutôt durs et relevés et à fond sensible et douloureux au toucher.

Le *diagnostic*, quand on a affaire à un cas de tuberculose primitive du vagin, est en général plutôt difficile, qu'il s'agisse de la forme miliaire ou ulcéreuse. Les caractères des ulcérations et des nodosités miliaires ont une grande importance. Mais l'examen histologique et bactérioscopique des productions tuberculeuses et les inoculations aux animaux sont les éléments décisifs du diagnostic, les éléments qui le rendent indiscutable. Une circonstance importante, quand fond défaut les éléments d'appréciation indiqués, c'est de savoir qu'il existe des lésions tuberculeuses en d'autres points de la sphère génitale ou dans telle autre région de l'organisme. Il est également important de savoir si le mari ou l'amant est affecté de tuberculose de la sphère génitale, connaissance qui en même temps dissipe les obscurités du diagnostic et éclaire l'étiologie de la malàdie.

Mais, sous le rapport des caractères macroscopiques des lésions tuberculeuses, il convient d'être circonspect pour les distinguer de nombre d'autres affections qui ont avec elles quelques points de ressemblance — soit lorsque les tubercules présentent à peine un début d'ulcération, soit lorsque par la confluence et la régression de plusieurs, se sont produites des ulcérations plus étendues et plus importantes. Nous rapprocherons par exemple du premier état, le zona, la vaginite granuleuse; du second, les érosions inflammatoires, les ulcérations vénériennes syphilitiques, l'ulcère rond du vagin, les ulcérations herpétiques, cancéreuses, etc.

Au cas de zona, il sera facile de relever la différence. L'éruption est, en effet, constituée par des vésicules jaunâtres qui, piquées, donnent issue à une goutte de liquide clair, quelquefois

filant, ce qui n'arrive jamais avec les nodosités tuberculeuses. Celles-ci, du reste, peuvent se présenter sous divers aspects, variant d'une demi-transparence à un jaune opaque, et présentant, particulièrement dans ce dernier état, un début de désintégration et même d'ulcération centrale.

En outre, caractère propre au zona, l'éruption est surtout unilatérale, et d'ordinaire elle s'accompagne de névralgie. La muqueuse vaginale est enflammée, mais il y a peu ou pas de sécrétion purulente.

Au contraire, la vaginite granuleuse donne lieu à une sécrétion purulente épaisse, très abondante. Le processus pathologique est le résultat soit de l'inflammation simple du vagin, soit de l'inflammation blennorrhagique. On constate, aux sommets des plis transversaux, des granulations rouges, violacées, qui saignent facilement et qui sont dues à l'hypertrophie des papilles et non à des processus de néoformation.

Cette forme a été plus souvent observée pendant la grossesse.

Les érosions inflammatoires diffèrent toujours beaucoup des ulcérations tuberculeuses ; il est néanmoins un certain nombre de cas qui laissent place au doute. Ce sont des états aigus, conséquence de la desquamation de l'épithélium vaginal par macération. Pour la plupart, ces érosions sont superficielles, elles ont un fond rouge ; aussi, la distinction est-elle facile.

Les ulcères vénériens sont au début plutôt superficiels et peu étendus, avec tendance à la forme circulaire ; mais, bientôt, ils s'étendent beaucoup en superficie, offrent un fond excavé et des bords taillés à pic ou un peu décollés. Ils se distinguent des ulcérations tuberculeuses par leur évolution rapide, par leur inoculabilité facile, par leur nombre, par l'absence de tubercules et suivant certains auteurs, par les adénites inguinales successives.

Mais ce dernier caractère me paraît peu important, par la raison que des ulcérations tuberculeuses du vagin ou de la vulve s'accompagnent aussi d'infiltration des ganglions ingui-

naux, ainsi que l'a observé de Paoli et comme je l'ai constaté moi-même dans le cas que j'ai décrit.

D'après les études modernes, il serait possible, par l'examen bactériologique, de mettre en évidence le microorganisme spécifique de l'ulcère vénérien. Les lésions syphilitiques secondaires du vagin sont à bords nets, à fond rouge ou grisâtre; elles sont peu nombreuses, présentent une réaction inflammatoire médiocre, et donnent lieu à une sécrétion rare. L'ulcère syphilitique primitif, outre qu'il est unique et presque indolent, se distingue encore par un fond rouge brillant, à bords indurés, peu relevés et non à pic. Mais l'anamnèse, l'évolution, la disparition rapide de l'ulcère sous l'influence de la cure spécifique au cas de syphilis, serviront toujours plus à confirmer le diagnostic dans des cas où l'examen des lésions indiquées laisse en défaut.

Il faut également faire le diagnostic avec ce qu'on appelle l'ulcère rond du vagin. Cette ulcération a une forme arrondie, elle a environ les dimensions d'une pièce de 2 centimes, son fond est rouge et recouvert d'une sécrétion rare, ses bords sont pâles. Certains observateurs l'avaient jugée de nature cancéreuse, mais des études plus minutieuses ont fait totalement écarter cette manière de voir. Elle paraît, au contraire, due à une nécrose anémique circonscrite, consécutive à de l'artériosclérose; on l'observe le plus fréquemment chez des femmes d'âge avancé.

Les ulcérations dues à des processus herpétiques causent parfois de l'incertitude, justifiée par ce fait que, herpétiques et tuberculeuses résultent de la rencontre de petites ulcérations voisines. Mais les ulcérations herpétiques sont plus superficielles, elles siègent vers l'entrée du vagin, causent du prurit et de la brûlure; elles sont périodiques, apparaissent avec plus de fréquence aux époques menstruelles et, caractère distinctif plus important, elles ont une durée plus courte. En outre, on peut découvrir dans le voisinage quelques vésicules intactes qui, piquées, donnent issue à une goutte de liquide clair,

séreux, ce qui ne laisse plus aucun doute sur la nature de la lésion.

Les ulcérations cancéreuses, dans l'épithélioma primitif du vagin, ne peuvent être facilement confondues avec les ulcérations tuberculeuses. On les trouve, d'ordinaire, sur la surface plane, mais en saillie, du néoplasme; elles saignent facilement et produisent une sécrétion assez fétide. L'infiltration cancéreuse, qui affecte le plus souvent la paroi postérieure, prend alors une forme annulaire qui peut aller jusqu'à l'occlusion complète de l'organe. Au contraire, les ulcérations tuberculeuses ne sont pas situées sur les tumeurs; elles présentent des points au niveau desquels la solution de continuité est en voie de réparation, d'autres au niveau desquels ce processus réparateur est au début. L'examen histologique d'un fragment de la tumeur, l'examen bactérioscopique des sécrétions et l'inoculation aux animaux permettront d'établir le diagnostic avec plus de certitude.

Dans la forme primitive, la maladie a une évolution plutôt lente; les cas sont rares où l'extension de l'infection tuberculeuse à d'autres organes abrège d'une façon notable la chronicité du processus morbide. Dans les autres cas, au contraire, où l'affection ayant déjà frappé d'autres organes et atteint secondairement le vagin par continuité ou contiguïté de tissu, par contamination opérée par les crachats ou les selles, et surtout quand elle s'est effectuée par la voie sanguine, l'affection du vagin n'a pas une évolution propre, elle dépend complètement des manifestations du processus dans les autres organes.

En général, la tuberculose primitive du vagin peut exister même depuis plusieurs années et rester localisée à cet organe, sans se généraliser à d'autres organes et sans causer à la malade des troubles sérieux. Parmi les cas recueillis par Paoli, il en est un dans lequel la maladie avait commencé six à sept années auparavant par des ulcérations tuberculeuses du vagin consécutives à un rapprochement sexuel, et malgré

la période de temps suffisamment longue, il n'y avait pas de manifestations apparentes de la tuberculose dans d'autres organes. Chez deux autres malades, l'infection datait de quatre et trois ans, et, chez elles aussi, le processus était resté localisé au vagin ; l'amant d'une de ces femmes, à la suite des rapprochements sexuels, avait été atteint de tuberculose des ganglions inguinaux.

Font exception à ces faits ceux dans lesquels, du fait de la formation de sinus fistuleux faisant communiquer le vagin avec la vessie ou le rectum, la scène morbide s'aggrave par suite de l'extension de la tuberculose à ces organes. Dans un cas rapporté par Daurios, la malade avait, deux ans auparavant, à la suite de rapprochements sexuels, été atteinte de tuberculose du vagin. Il s'ensuivit rapidement une fistule recto-vaginale et la malade mourut par tuberculose intestinale et pulmonaire. Dans un cas du même auteur, il se forma une fistule vagino-uréthrale, qui se compliqua de tuberculose miliaire confluente de l'urèthre et de la vessie et qui se termina également par la mort.

De même que dans la forme primitive, quand l'infection tuberculeuse s'est faite dans d'autres organes, le pronostic doit être sombre dans la forme secondaire, dans laquelle l'affection locale peut à peine se manifester et se faire sentir en raison d'autres localisations beaucoup plus graves.

Aussi le *pronostic* peut-il varier beaucoup, les cas allant de ceux où l'intervention du chirurgien peut amener une guérison complète à ceux dans lesquels l'issue est fatale en dépit de n'importe quel traitement.

Dans la cure de la tuberculose primitive du vagin, il convient d'envisager plusieurs cas. Avant tout, il importe de déterminer si l'affection ne s'est pas déjà propagée à d'autres organes. Ensuite, il sera utile de s'assurer si les lésions spécifiques sont superficielles ou si elles affectent non seulement la muqueuse vaginale, mais s'étendent au delà.

Il est clair que s'il y a, conjointement, tuberculose avancée

du poumon, de l'intestin ou de tel autre viscère important, il faudra se borner à la simple cure hygiénique, dans la conviction du peu d'importance de l'affection locale comparée à la gravité de la maladie tuberculeuse en d'autres régions plus importantes de l'organisme.

Il est évident que dans les cas où la maladie ayant frappé primitivement le vagin s'est ensuite étendue à l'utérus et aux annexes, la guérison complète des lésions vaginales ne sera possible qu'après l'enlèvement des autres organes génitaux atteints par l'infection.

L'étendue et la profondeur des ulcérations tuberculeuses du vagin ont aussi une grande importance. On sait, en effet, que les ulcérations peu développées et surtout les très superficielles, peuvent être guéries par l'emploi des irrigations vaginales antiseptiques, des astringents locaux, par les applications iodiques, les cautérisations au nitrate d'argent, etc. Mais cette opinion s'est, je crois, exagérée dans un sens trop optimiste; car, à côté de ceux (Cornil, Derville) qui ont trouvé la cure facile et rapide (quinze à vingt jours), on a soutenu que les ulcérations tuberculeuses peuvent guérir spontanément, en l'absence de tout traitement (Verneuil).

Mais si les ulcérations sont très étendues, surtout si elles sont profondes, ni les irrigations antiseptiques, ni les applications de caustique ne sont capables de les guérir. En ces cas, l'intervention chirurgicale s'impose. Il faut exciser largement les tissus affectés, de façon à mettre à découvert les parties saines. On cautérise ensuite avec la teinture d'iode, ou, comme le veulent d'autres cliniciens, avec le thermocautère. Les cautérisations successives pourront être plus légères par l'emploi d'un mélange de teinture d'iode et de glycérine. Plus tard, quand les ulcérations auront un aspect meilleur, que leur fond sera recouvert de bonnes granulations, on pourra continuer la cure avec les irrigations antiseptiques combinées avec l'emploi de la gaze iodoformée.

Dans les cas où le processus aura entraîné la formation de

fistules, particulièrement de fistules vagino-uréthrales et vagino-vésicales, on sera en droit de tenter l'excision des tissus affectés et la restauration des parties. Mais dans bon nombre de cas on enregistrera des récidives qu'explique facilement la nature tuberculeuse des fistules elles-mêmes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BREISKI. *Handbuch der Frauenkrankheiten.* BILLROTH und LUECKE B., p. 72. — DAURIOS. *Revue méd.-chir. des maladies des femmes,* 1891. — DEMME. *Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals,* Bern, 1887 — DERVILLE. *De l'infection tuberculeuse par voie génitale chez la femme* (*Thèse de Paris*), 1887. — FERNET. De l'inf. tub. par la voie gén. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 1885, p. 480. — GEIL. *Ueber die Tuberc. der weiblichen Geschlechtsorgane.* Dissertation, Erlangen 1851. — JANI. Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in gesunden Genitalapparat, etc. *Virchow's Archiv,* B., p. 522. — KRATZ. *Wiener med. Woch.* — KLEBS. *Handbuch der Pathologischen Anatomie,* B., i. p. 959. — KUTNER. Zur Tuberculose der auss. weibl. Genital. *Beitr. zur klin. Chirurg.* B. 19, 2 B., p. 588. — MOA. *Ueber die Tuberculose der weibl. Gen. in Kindsalter.* Inaug. Dissert. Boun, 1891. — OPPENHEIM. *Zur Kenntnis der Urogenital Tuberculose.* Inaug. Dissertation, Göttingen, 1889. — RECLUS. De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. *Clin. chirurg. de l'Hôtel-Dieu,* 1838. — SCHUCHARD. *Centralblatt f. Chirurg.,* 1892. — SCHENK. Tuberc der ausseren weibl. Genit. *Beitrage zur klin. Chir.,* B. 19, 2 B., 1896. — THOMPSON. Case of Acute Tub. disease with Occlusion of the vagina. *Lancet,* 1872, n° 5. — VERNEUIL. Hypothèse sur l'origine de certaines tub. génit. dans les deux sexes. *Gaz. hebd. de méd.,* 1883, p. 225. — WAGNER. *Contribution à l'étude des modifications pathologiques du testicule chez les tub.,* Saint-Pétersbourg, 1889. — WEIGERT. Tuberculosis vaginæ. *Virchow's Arch.* B. 1, XV ii, 264. — WINCKEL. *Die Krankh. der Weibl. Harn. und Blase* — ZWEIFEL. Die Krankh. der auss. weibl. Gen., 1881. — ZWEIGBAUM. *Virchow's Jahresbericht,* 1837, B. 1, p. 713.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 janvier 1901.

Radiopelvigraphie et radiopelvimétrie à longue portée. — Note de M. H. VARNIER, présentée par M. FÉLIX GUYON. — Il est possible d'obtenir, à l'aide d'un simple radiotype, une représentation du bassin osseux meilleure qu'une bonne photographie en grandeur égale, et permettant d'apprécier, avec une exactitude suffisante, les diamètres utiles à l'accoucheur, qu'il s'agisse du grand bassin, de l'entrée ou de la sortie du petit bassin.

Il suffit pour cela de radiographier le bassin en pronation, c'est-à-dire sur le ventre, à l'aide d'une ampoule placée à 2 m. 50 de la plaque sensible, et dont la cathode se trouve perpendiculaire à l'axe prolongé du détroit supérieur d'un bassin normal pris comme point de mire.

Les expériences faites par nous sur les bassins secs et sur le cadavre, et dont quelques épreuves sont présentées, établissent que, dans ces conditions, les diamètres agrandis ne le sont que de 5 millim. *au maximum*.

Cette méthode de radiopelvigraphie et de radiopelvimétrie à longue portée est applicable — des radiotypes présentés le prouvent — à la femme vivante dont le bassin, dans le décubitus ventral, porte sur la plaque sensible comme le bassin sec et le bassin du cadavre.

Nos expériences sur les bassins secs et sur les cadavres montrent qu'en plaçant l'ampoule plus loin encore, à 5 mètres de la plaque sensible, on arrive à corriger presque entièrement l'écart maximum de 5 millim. indiqué ci-dessus.

Au cours de ces expériences, j'ai été amené à étudier la portée des appareils dont nous disposons à l'heure actuelle (ampoules ordinaires bi-anodiques — bobines de 25 centim. d'étincelle — trembleur des ingénieurs Ducretet et Lejeune). Avec dix minutes de pose (10 ampères — 26 volts) j'ai pu obtenir la silhouette d'un bassin sec sur une plaque

photographique placée à la distance de 25 mètres de l'ampoule. Avec vingt minutes de pose, le bassin se voit encore sur une plaque distante de 30 mètres. Une glissière est silhouettée à 35-40 mètres; une spirale de plomb, à 45 mètres.

Le cadavre peut être radiographié à 5 mètres.

La main vivante l'est aisément à cette même distance en neuf minutes.

Il y a donc lieu d'espérer qu'on pourra, avant qu'il soit longtemps, en opérant à 5 mètres, atténuer encore, pour le bassin de la femme vivante, la légère déformation inhérente à la radiopelvimétrie à 2 m. 50.

Telle qu'elle est, cette dernière donne des résultats suffisants pour la pratique et supérieurs à ceux que fournissent les procédés de pelvimétrie digitale, manuelle, instrumentale, voire radiographique, employés jusqu'à ce jour.

J'ai poursuivi cette étude au laboratoire de radiographie que mon maître Pinard et moi avons créé, il y a quatre ans, à la clinique Baudelocque, en vue des applications obstétricales des rayons X.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1900.

MM. Potocki et Couvelaire. — **Plaque d'alopécie consécutive à la compression prolongée de la tête fœtale sur le promontoire d'un bassin rétréci.** — Sur un enfant extrait après symphyséotomie par le forceps, MM. Potocki et Couvelaire ont observé les faits suivants :

1° Apparition, sur le pariétal gauche d'un nourrisson bien portant, une quinzaine de jours après la naissance, d'une large plaque d'alopécie circonscrite monolatérale.

2° Cette plaque n'est superposable à aucun territoire nerveux : elle est à cheval sur le territoire du temporal et de l'occipital ;

3° Localisation de cette plaque d'alopécie au niveau d'une région de la tête qui, pendant le travail, avait été particulièrement comprimée par le promontoire d'un bassin rétréci, la compression ayant été suffisamment prolongée (soixante heures) et suffisamment intense pour avoir déterminé la formation d'une petite escarre et une déformation plastique de la tête persistant quarante-six jours après la naissance ;

4° Absence de réaction inflammatoire, de lymphangite, autour de l'escarre centre de la plaque alopécique.

Entre ces deux faits : le traumatisme obstétrical d'une part, l'apparition d'une plaque alopécique circonscrite localisée à la région traumatisée d'autre part, les auteurs établissent un rapport de causalité.

Cette variété d'alopécie semble devoir être classée dans le groupe des *alopécies par action en masse d'un agent vulnérant sur les téguments.*

Peut-être y aurait-il à tenir compte d'une infection cutanée possible au niveau d'une petite escarre. Cependant la cicatrisation rapide et correcte de cette petite escarre, l'absence de réaction inflammatoire autour d'elle portent à croire que la pathogénie infectieuse de cette alopécie est peu vraisemblable. Le seul traumatisme suffit, d'ailleurs, chez les enfants, sans solution de continuité des téguments, à déterminer sur le cuir chevelu des plaques alopéciques. Le traumatisme peut être peu intense et avoir à peine laissé de trace durable; et cependant on voit tomber les cheveux, tout autour du point touché, dans une zone plus ou moins étendue, suivant l'intensité du traumatisme.

La singularité du cas réside donc tout entière dans la forme du traumatisme causal. Il découvre tout un côté nouveau de la question des traumatismes subis pendant le travail par le fœtus dont on laisse la tête lutter contre la résistance osseuse d'un bassin rétréci.

M. Varnier. — **Rapport sur une observation de M. Chapot-Prévost (de Rio-de-Janeiro), intitulée : Récidive de grossesse ectopique** (1).

M. Varnier insiste sur ce fait que ces deux grossesses extra-utérines ont évolué suivant le même type clinique, comme des grossesses normales, sans phénomènes de compression pelvienne, sans crises douloureuses, sans hémorrhagies, sans réaction péritonéale, et cela jusqu'à une période avancée, le faux travail et la rétention du fœtus mettant seuls sur la voie du diagnostic.

Or, le fait n'est pas isolé. M. Varnier rapporte 6 observations semblables : Jacques Noier, Robert Nicaud, Gabriel King, Galiay, Brown, Ekehorn. Parmi ses observations de récidive il n'en a trouvé qu'une seule où la première grossesse, ayant évolué jusqu'à terme, la récidive a revêtu une physionomie différente; il n'en a trouvé

(1) Voir plus haut, page 138.

aucune où, la première s'étant terminée par rupture ou avortement pendant les premiers mois, la seconde ait évolué jusqu'à terme. C'est là un fait digne de remarque.

A propos de la question de la possibilité d'une troisième grossesse ectopique chez la malade de M. Chapot-Prévost à laquelle il reste une trompe et un ovaire, M. Varnier discute et reproduit *in extenso* les observations de grossesse ectopique survenant pour la troisième fois chez la même femme. Il ne considère pas les observations de Bennington, de Coe, comme démonstratives. Cependant, il est certain que la même trompe peut être successivement le siège de deux grossesses (observation de Coe).

Discussion sur le rapport de M. Varnier et sur la communication de M. Varnier sur la récidive de la grossesse ectopique (*voir séance d'octobre*).

M. Bouilly. — Sur 80 grossesses ectopiques opérées par M. Bouilly, pas une fois il n'y a eu récidive ectopique ; par contre, 5 femmes ont eu ultérieurement une grossesse utérine. M. Bouilly ne pense pas qu'il y ait lieu de supprimer, dans la crainte d'une récidive éventuelle, les annexes du côté opposé lorsqu'on extirpe une trompe gravide.

M. Legueu. — M. Legueu n'a jamais observé la récidive de la grossesse ectopique. Quant à la question des signes de l'aptitude à la grossesse extra-utérine, elle est très obscure. C'est, en somme, la question de la pathogénie de la grossesse ectopique. Les malformations congénitales, les pavillons accessoires ne sont que des causes exceptionnelles. Les rétrécissements, coudures, déviations de la trompe, adhérences péritonéales, ne jouent habituellement aucun rôle étiologique (thèse de Paquy). M. Legueu ne croit pas, comme M. Hartmann, que dans l'observation personnelle de M. Varnier les adhérences de la trompe opposée, consécutives à l'organisation d'exsudats de pelvi-péritonite plastique, soient la cause de la récidive de la grossesse tubaire du côté opposé. La rareté ou l'absence de la grossesse extra-utérine après les ablations unilatérales de la trompe, ou bien chez les femmes qui ont eu des poussées de salpingo-ovarite double, le prouve. Les adhérences péritubaires ne jouent pas un rôle fatal dans la production de la grossesse extra-utérine ; elles peuvent laisser la grossesse s'effectuer et se poursuivre normalement.

M. Legueu a pu 14 fois constater l'état des annexes du côté opposé à la trompe gravide au cours de la laparotomie : 9 fois elles étaient saines, 5 fois il y avait des lésions évidentes (3 fois salpingo-ovarite

qui fut enlevée, 1 fois hydrosalpinx, 1 fois hématosalpinx). Dans 5 cas opérés pour des accidents aigus en pleine inondation péritonéale, la trompe, siège de la grossesse extra-utérine, ne présentait en dehors du sac aucun phénomène inflammatoire, aucune lésion macroscopique. Il semble donc que la cause de la grossesse ectopique réside dans des modifications histologiques de la muqueuse tubaire ou dans un trouble fonctionnel de la trompe elle-même. Ce sont là choses que le chirurgien ne peut apprécier au cours d'une laparotomie.

Par conséquent, si au cours d'une laparotomie pour grossesse ectopique les annexes sont macroscopiquement saines, il faut les conserver, ce qui laisse d'ailleurs à la femme la possibilité d'une grossesse utérine.

M. Varnier. — C'est avec des statistiques intégrales comme celles de M. Bouilly, de M. Legueu, qu'on pourra juger la question de la fréquence réelle de la récidive de la grossesse ectopique. Quant à l'extirpation des annexes du côté non gravide dans un but prophylactique, c'est une question qui a été posée il y a longtemps en Amérique et en Allemagne et que M. Varnier se réserve de discuter lorsqu'il aura en mains toutes les observations complètes de récidive de grossesse extra-utérine dont il a les indications. Elles seront publiées dans la thèse de son élève Sens.

M. Schwartz. — Sur 40 grossesses extra-utérines opérées par M. Schwartz, il n'y a pas eu de récidive; une des opérées est devenue enceinte et a accouché à terme. M. Schwartz avait hésité à enlever chez elle les annexes du côté opposé.

M. Doléris. — **Analgésie par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.**

1° *En Obstétrique.* — *a*) Les résultats primitivement publiés (*Séance de novembre*) se complètent aujourd'hui par vingt cas nouveaux, avec des résultats semblables. Deux points sont à signaler : La durée de la période douloureuse peut être abrégée notablement par l'adjonction de la dilatation artificielle du vagin et du périnée au moyen d'un ballon *ad hoc*. A la faveur de l'analgésie des voies génitales externes obtenue par la cocaïne cette dilatation est prompte, facile et indolore. Il s'ensuit que dès que la tête fœtale a franchi le col utérin, son expulsion se fait en quelques minutes.

L'analgésie peut donc, grâce à ce procédé additionnel, être commencée une ou deux heures plus tôt que nous ne l'avons fait dans nos premières expériences. Chez une primipare, l'expulsion, grâce à l'emploi du ballon, n'a duré que trois minnutes.

b) *Dans deux cas* l'analgésie a échoué en partie. On ne saurait dire si c'est le fait d'une idiosyncrasie spéciale ou si l'injection n'a pas été poussée dans le canal rachidien. Bien que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ait été obtenu, dans ces deux cas, avant l'injection, il se peut que le biseau de l'aiguille se soit déplacé, que celle-ci, trop peu enfoncée, ait subi un léger retrait qui aura déterminé l'échec. L'injection aura alors passé dans les tissus qui entourent le conduit rachidien et non dans la cavité de celui-ci. En tout cas, nous pouvons assurer que la composition de la solution n'y était pour rien.

c) M. Doléris a pu pratiquer une opération césarienne dans des conditions parfaites d'analgésie. L'opération a duré vingt-trois minutes. L'hémorrhagie a été très modérée. La malade, le lendemain de l'opération, était dans un état parfait. Elle avait pu s'alimenter très peu après l'opération. Aucune apparence de choc. Aucun vomissement. Il avait été injecté 2/4 de milligramme de bromhydrate d'hyoscine pour combattre les vomissements. La mère et l'enfant se portent bien au douzième jour de l'opération. L'hémostase relative et l'absence du choc sont donc à signaler dans ce cas particulier quand on emploie l'analgésie cocaïnique.

2° *En Gynécologie.* — Dans une série de quinze opérations gynécologiques portant sur l'abdomen, le col utérin, le vagin, le périnée, les ligaments ronds, l'analgésie s'est montrée complète avec des doses de 1 à 2 centigrammes, sauf dans deux cas.

Dans le premier il s'agissait d'un gros *pyosalpinx avec beaucoup d'adhérences;* les tiraillements sur l'épiploon et sur les anses de l'intestin ont été douloureux. Dans le second cas, *raccourcissement des ligaments ronds* par la voie inguinale, le dégagement des ligaments et les tractions sur les filets nerveux qui les côtoient ont été assez vivement sentis. Dans le premier cas l'injection avait été de 1 centig. 1/2; dans le second, de 1 centigr. seulement de cocaïne. Ces deux faits sembleraient indiquer que, lorsque l'opération intéresse des organes innervés par des filets émanant d'une région assez élevée de la moelle, il est nécessaire d'augmenter la dose de l'analgésique et de la porter à 2 centigr.; ensuite que les tractions et les tiraillenents sur ces filets nerveux peuvent être ressentis, alors que la simple section ne l'est pas, non plus que l'incision de la peau ni le passage des aiguilles. Nous devons noter enfin que l'hyoscine en injections sous-cutanées, à la dose de 2/4 de milligramme, paraît combattre efficacement les vomissements.

PAUL SEGOND. — **Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine, grâce à la fixation de l'utérus gravide en latéroversion gauche. — Laparotomie. — Libération et redressement de l'utéru . — Guérison de l'opérée. — Continuation de la grossesse. — Avortement ultérieur étranger à l'intervention** (1).

M. H. VARNIER. — **Utérus gravide en latéroversion pris pour un kyste de l'ovaire. — Laparotomie. — Guérison de l'opérée. — Continuation de la grossesse. — Accouchement à terme** (2).

Séance du 14 janvier 1901.

M. LE GENDRE, présente à la Société la thèse de M. Houselot intitulée : **De la Thérapeutique chez les nourrices, dans ses rapports avec la sécrétion lactée** (3).

M. LE GENDRE, présente au nom de M. Cuche une note intitulée : **Réflexe colo-utérin et pseudo-appendicite cataméniale.** — Dans trois cas, l'auteur a constaté au moment des règles des phénomènes appendiculaires avec élévation de la température, que l'opium et le repos ont rapidement fait cesser. L'auteur rattache ces phénomènes à un réflexe colo-utérin dont la sensibilité serait maxima au moment des règles.

M. ROUTIER. — Ces faits sont connus depuis longtemps, et tous nous sommes prévenus des relations de l'appendice avec les annexes.

M. QUÉNU. — Cela est certain, mais l'influence des menstrues sur la colique appendiculaire est plus intéressante. L'appendicite éclate certainement souvent au moment des règles.

M. LEGUEU. — Avant de penser aux phénomènes réflexes, il faut toujours s'assurer qu'il n'y a pas d'appendicite. M. Legueu a observé deux cas de ce genre : dans l'un, il existait des crises appendiculaires à répétition à chaque époque menstruelle, et pourtant l'appendice n'avait même pas contracté d'adhérences avec les annexes droites.

M. LE GENDRE, partage absolument cette opinion ; au cours d'une grossesse compliquée d'appendicite, celle-ci était apparue à une des époques menstruelles ; et au moment du déclin de la crise la malade perdit du sang.

---

(1) Voir plus haut, page 113.
(2) Voir plus haut, page 119.
(3) Th. Paris, 1900.

Discussion du rapport de M. Varnier sur un cas de récidive de grossesse ectopique (fin; voir p. 163).

M. Routier a opéré seize grossesses extra-utérines. Plusieurs ont été perdues de vue.

Parmi celles qu'il a suivies :

Une, opérée en 1894, devint grosse à la fin de 1895 et accoucha en 1896 d'un enfant vivant;

Une, opérée en 1893, a eu depuis lors deux enfants;

Une, opérée en 1893, a eu une petite fille en 1897.

Quant à la récidive, il l'a observée une fois. Voici le cas :

Femme de vingt-neuf ans, entrée le 13 janvier 1895 dans le service de M. Routier, pour des pertes de sang et des douleurs abdominales qu durent depuis trois ou quatre jours.

Réglée à treize ans et demi. Elle a eu deux accouchements à terme, puis, il y a deux ans, elle a fait une fausse couche de quatre mois et a toujours souffert depuis.

L'an dernier, elle fut malade durant trois mois, avec de la fièvre qui monta à 40°. Elle subit une opération : on lui aurait retiré des caillots de sang par une incision vaginale pour la guérir d'une hématocèle rétro-utérine.

Elle n'a pas de fièvre, son utérus est gros, peu mobile, et on sent à gauche et en arrière une grosse tumeur annexielle qui paraît fluctuante.

18 janvier. Incision du cul-de-sac postérieur du vagin, issue d'une masse de caillots noirs, lavage. Mais il reste une tumeur annexielle gauche; elle est attirée dans le vagin, et réséquée.

La trompe, épaisse, dure, infiltrée de sang, est pleine de caillots et de villosités.

La malade guérit.

En février 1896, elle revient pour des accidents analogues; elle perd du sang et souffre du ventre, à droite cette fois.

Elle n'a pas eu ses règles en décembre; elle perd du sang depuis huit jours.

L'utérus paraît gros et on sent à droite une tuméfaction qui semble bien appartenir aux annexes droites.

15 février. Laparotomie. Il y a des caillots de sang dans le petit bassin; le moignon gauche, reliquat d'une première opération, est parfait.

A droite, où sont surtout accumulés les caillots, tumeur tubo-ovarienne qui est enlevée ; drainage par le vagin.

Suites bonnes. Guérison. La trompe était gravide, l'œuf siégeait dans son tiers externe.

M. Pozzi a observé un cas de récidive de grossesse ectopique. En pratiquant une laparotomie pour une grossesse tubaire gauche de quatre à cinq mois, M. Pozzi découvrit à droite un petit ossuaire provenant d'une grossesse extra-utérine enkystée remontant à sept ou huit ans.

M. Varnier. — Les cas de MM. Routier et Pozzi portent à 91 mon relevé général de récidives de grossesse ectopique publiées jusqu'à ce jour.

M. Routier. — **Latéroflexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine. Laparotomie. Redressement de l'utérus. Avortement consécutif. Guérison.** (Voir plus haut, p. 127.)

M. Varnier. — Il s'agissait, dans le cas de M. Routier, d'une grossesse de 4 mois environ ; la seule question délicate était la localisation.

M. Varnier insiste sur l'importance diagnostique à ce point de vue du changement de consistance résultant des contractions utérines.

L'expulsion de l'œuf vivant s'est fait attendre douze jours. M. Routier avait-il eu recours dans un but prophylactique aux injections de morphine préconisées par M. Pinard ?

M. Routier. — Oui.

M. Quénu. — A propos des avortements consécutifs aux interventions chirurgicales abdominales, M. Quénu rappelle l'observation qu'il a rapportée à la Société en mai 1900 (kyste de l'ovaire opéré au 6e mois d'une grossesse qui avorta le lendemain). La même femme a accouché ultérieurement, à 7 mois, d'un enfant vivant, de 1,650 gr. ; le placenta n'était pas inséré vicieusement. N'y a-t-il pas chez cette femme une sorte de prédisposition à l'interruption de la grossesse ?

M. Pinard. — Lorsqu'une femme avorte ou accouche prématurément à plusieurs reprises, il ne faut pas accuser vaguement une prédisposition. Souvent on trouve, du côté de l'œuf par exemple, une cause patente; dans d'autres cas, il faut songer aux malformations utérines, etc.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

SUR LA RÉCIDIVE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE

(Étude critique de 96 observations)

Par **H. Varnier** et **C. Sens**.

Ayant réuni, à propos d'un cas publié par l'un de nous (1) à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* (séance du 5 octobre 1900), 96 observations publiées ou citées comme exemples de récidive de grossesse ectopique, nous donnons ici en tableaux, avec quelques réflexions, les 65 qui, après étude critique (2), nous paraissent devoir être conservées au dossier de cette intéressante question.

Certes, parmi ces 65 cas, il en est encore près de moitié (29) qu'une critique intransigeante serait en droit de récuser.

Nous les conservons cependant au dossier parce que, s'il n'est pas documenté ferme, s'il se borne — soit pour les deux grossesses ectopiques, soit pour l'une d'entre elles — à une simple

(1) Voir *Annales de Gynécologie et d'Obst*, décembre 1900, p. 622.

(2) *Étude critique de 89 observations de récidive de grossesse ectopique.* C. SENS. Th. doct., Paris, 13 fév. 1901. Steinheil, édit.

On trouvera là, analysées, les pseudo-observations de C. Beeu, Mansel-Moullin, Bröse, W. L. Reid, P. Michinard ; plus 24 observations suspectes réparties en 3 groupes :

Dans le *premier groupe* A se rangent les cas de Siegenbeck van Heukelom, de Savage, d'O. Christie, de Balleray. Soit à l'autopsie, soit au cours d'une laparotomie, les deux trompes furent trouvées gravides sans qu'on puisse savoir s'il s'agissait d'un coup double ou d'une répétition.

Dans le *deuxième* B, le plus nombreux (14 cas), il s'agit bien, d'après les auteurs, de récidives, de grossesses ectopiques répétées, alternées (dans une trompe d'abord, dans l'autre ensuite); mais l'étude des originaux fait constater leur insuffisance, tantôt pour l'une, tantôt pour l'autre des grossesses tubaires incriminées [obs. d'Abulcasis, de Brown, de Kletzsch, de G. E. Her-

affirmation, le diagnostic a été cependant porté *de visu*, par l'auteur de l'observation, au cours de l'opération entreprise pour remédier à l'hémorrhagie intra-péritonéale dérivant de la lésion tubaire.

Cette acceptation en bloc risque, nous le savons, de permettre à quelque hématosalpinx non gravidique de se glisser parmi les grossesses tubaires aboutissant à l'avortement. Mais, d'après les données actuellement bien établies sur les relations de l'hématosalpinx et de l'ectopie tubaire, le nombre de ces cas ne paraît pas devoir être considérable.

Pour les 36 derniers cas, le diagnostic, qu'il soit opératoire, anatomo-pathologique ou clinique, est *ferme*, c'est-à-dire que l'observation note expressément soit la vue d'un embryon, soit la reconnaissance histologique de villosités choriales à défaut d'un embryon, soit enfin, à défaut des deux signes de certitude qui précèdent, la reconnaissance histologique d'une caduque utérine.

On trouvera résumées ces 29 + 36 observations pages 180 à 220.

Voici les quelques conclusions que nous avons tirées de leur étude.

---

mann (1888), de Hanks, de Rosenwasser, de Mac Kelway, de Shoofield, de Dührssen, de Zangemeister, de Strauch (*bis*), de Godard, de Pestalozza].

Il s'agit, dans la plupart, de cas dans lesquels n'existe, pour l'une des deux grossesses tubaires supposées, qu'une observation clinique écourtée, à laquelle manque le seul signe qui pourrait lui donner l'estampille de grande probabilité, nous voulons dire l'expulsion d'une caduque déterminée histologiquement.

Dans le *troisième groupe*, enfin (groupe C), se rangent la plupart de ces observations extraordinaires que l'un de nous a reproduites récemment in extenso, pour les éliminer, dans un rapport à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* (1) (obs. de Haydon, Alban Doran, J. W. Taylor, T. F. Prewitt, Gottschalk, Bennington), et que les auteurs ou des commentateurs donnent comme des exemples de trois grossesses extra-utérines chez la même patiente, ou de deux grossesses ectopiques alternées dans la même trompe.

Elles manquent de la précision anatomique et clinique qu'on est en droit d'exiger pour des faits aussi extraordinaires.

---

(1) H. VARNIER. Rapport sur une observation de M. Chapot-Prévost, 7 décembre 1900. *Comptes rendus*, t. II, p. 296 à 324.

I. — La récidive de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on se l'imaginait jusqu'à présent. Elle doit être une de nos grosses préoccupations dans le pronostic à longue portée que nous sommes appelés à formuler à l'occasion d'une grossesse extra-utérine. Il faut, dans ce pronostic, contrairement à ce qu'on se croyait autorisé à faire jusqu'à présent, réserver une place importante à la récidive ; car il y a tendance manifeste à la répétition de la grossesse extra-utérine.

II. — Cette récidive de la grossesse ectopique a lieu habituellement dans la trompe du côté opposé.

Sur les 65 observations que nous avons conservées, la récidive *dans la même trompe* n'est notée qu'une fois, par H. C. Cœ (obs. 56, p. 212).

Nous rejetons comme insuffisamment étayés à ce point de vue, les cas de N. P. Haydon, de W. Taylor, de T. Prewitt, de Gottschalk, d'Alban Doran. Nous reviendrons plus loin sur cette récidive possible au même point et sur les conclusions qu'on en peut tirer.

Dans les 43 cas (sur 65) de récidive alternée où le *côté occupé par la première grossesse ectopique* est noté, il y a 16 débuts à gauche et 27 à droite.

III. — *Le temps qui s'est écoulé entre la première et la deuxième grossesse ectopique* est indiqué pour 56 observations. La plupart du temps, cette indication a trait au temps écoulé entre l'intervention chirurgicale qui a mis fin à la première grossesse ectopique et celle qui clôt la seconde. Mais on peut, dans quelques cas, préciser davantage. C'est ainsi, par exemple, que dans l'observation de Zangemeister (41) les premiers signes de la récidive sont notés *six semaines* après la première intervention chirurgicale.

Le relevé des intervalles donne les chiffres suivants :

Sur 56 cas : moins de 2 mois..	1	de 2 à 3 ans inclus	8
de 3 à 12 mois..	18	3 à 5 ans.......	7
12 à 18 mois..	7	5 à 6 ans.......	4
18 à 24 mois..	10	12 ans (Cœ)....	1

IV. — *Dans 6 cas seulement sur nos 65, on a observé entre la première grossesse ectopique et la récidive une grossesse utérine.*

3 fois seulement — de Strauch (20), Kokmann (24), Lawson Tait (57), — cette grossesse utérine intercalaire a évolué jusqu'à terme.

Dans les 3 autres cas — Grandin (10), de Strauch (18), Duff (51) — il y aurait eu avortement, sur lequel les détails manquent; 2 fois sur ces 3 un curettage fut pratiqué.

V. — Il semble y avoir quelque tendance de la part de la récidive ectopique à évoluer suivant le même type que la première grossesse par erreur de lieu. C'est ainsi que dans les cas de Jacques Noier (44), Robert Nicaud (43), Gabriel King, Galiay (65), F. Brown, G. Ekehorn (45), Chapot-Prévost (46), les deux grossesses extra-utérines ont évolué coup sur coup comme des grossesses normales, sans phénomènes de compression pelvienne, sans crises douloureuses, sans hémorrhagies, sans réaction péritonéale; et cela jusqu'à une période avancée (1). Le faux travail, la rétention ou l'expulsion anormale du fœtus mort mettent seuls sur la voie du diagnostic.

Déjà étonnante pour un cas isolé, cette marche est tout à fait digne de retenir l'attention lorsqu'elle se reproduit deux fois de suite chez la même femme.

Dans deux observations où la première grossesse extra-utérine avait évolué jusqu'à terme, la récidive a revêtu une physionomie différente.

L'une est l'observation de Varnier et Mangin (n° 58). L'autre appartient à Olshausen (n° 19).

Nous n'avons relevé aucun cas où, la première grossesse ectopique s'étant terminée par la rupture ou l'avortement tubaire dans le cours des premiers mois, la seconde ait évolué jusqu'à terme et se soit terminée par la rétention du fœtus mort.

Il serait prématuré de tirer de ces quelques faits la conclusion qu'il est des femmes chez qui l'état anatomique ou le mode de

(1) Voir H. Varnier. Rapport cité.

fonctionnement de l'appareil tubo-ovarien prédisposent non seulement à la récidive de la grossesse ectopique, mais encore à la récidive de la même variété de grossesse ectopique.

VI. — Une autre question peut être abordée et indirectement résolue. Après une double grossesse ectopique, une femme peut-elle être considérée comme à l'abri d'une troisième grossesse extra-utérine? Y a-t-il des observations de trois grossesses extra-utérines chez la même femme?

Orthmann, collaborateur de Martin, a bien parlé d'une observation de ce genre. Mais Küstner, à qui il l'attribuait, a protesté en mai 1899 que « c'est là une erreur de laquelle ni son travail ni celui de Schrenk ne peuvent être rendus responsables ».

Et il ajoute : « On n'a jamais observé chez la même personne qu'une deuxième grossesse extra-utérine. »

Après avoir examiné de très près les observations de Bennington et de H. C. Cœ (56), qui passent pour démonstratives de cette variété, nous opinons dans le sens de Küstner, et nous constatons qu'on n'a pas encore rapporté d'exemple d'une troisième grossesse extra-utérine chez la même personne.

Mais il serait téméraire d'ajouter qu'il est peu probable que cet exemple se produise.

La conception de Frommel apparaît, en effet, actuellement un peu trop simpliste. Appelé en 1890 à observer une récidive de grossesse ectopique, il disait : « Il n'y avait aucun doute que cette grossesse extra-utérine récente était développée dans la cavité de la trompe gauche, car la *trompe droite avait été détruite par la grossesse précédente.* »

Il apparaît aujourd'hui, à la lumière de l'observation de Cœ (56), que la récidive dans la même trompe est chose possible, non seulement dans les cas où la trompe s'est débarrassée de l'œuf ectopique par un simple avortement tubaire, mais même après rupture, même après obstruction d'une partie du trajet tubaire par un œuf momifié sur place.

Il suit de là que la trompe du côté opposé est laissée libre de recevoir à son tour au moins une nouvelle série.

VII. — Laissant de côté ces cas de grande exception, il ressort indiscutablement de notre statistique qu'il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine dans la trompe non encore atteinte.

Nous en arrivons à nous demander comme Küstner : « *Quelle est la condition analogue qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes ?* » C'est là, au point de vue scientifique et pratique, le côté le plus intéressant de cette question.

Presque tous les auteurs qui ont eu à s'occuper de la récidive de la grossesse ectopique ont senti l'importance que pourraient avoir, pour l'étude des causes, très obscures encore, de la grossesse par erreur de lieu, des observations de ce genre..., si elles étaient bien prises (Falk, Zangemeister, Weil, etc.).

On est en effet porté tout naturellement à penser que les deux trompes, successivement atteintes, présentent une prédisposition congénitale ou acquise identique que pourrait peut-être dépister un examen soigneux des annexes non gravides fait au cours de la laparotomie commandée par la première grossesse ectopique.

Malheureusement, comme le remarque déjà Zangemeister, et comme on peut s'en rendre compte ici, quand on étudie les observations, on voit que la plupart sont si incomplètes ou si écourtées qu'il est impossible de les utiliser.

Voyons cependant ce qu'il est actuellement possible de tirer de notre statistique à ce point de vue :

Une première constatation doit nous arrêter.

Sur 51 cas où les antécédents sont expressément notés, 11 concernent des nullipares, 40 des multipares.

a) Voilà donc d'abord 11 femmes (obs. de Travers, Ross, Brosin, Czempin, Boisleux, Harrington, Zangemeister, Robert

Nicaud, Duff, Oulmont, Galiay (1), chez qui l'appareil génital a, du premier coup, fonctionné d'une façon anormale. Appelé à fonctionner une seconde fois il a, dans 10 cas, récidivé de la même façon anormale. Une seule fois (obs. de Duff) il est dit qu'il y eut un « avortement intercalaire de neuf semaines », sans plus de détails.

Pour 2 de ces femmes, c'est après cinq et sept ans de mariage stérile que tout à coup, en un an, les deux trompes deviennent successivement gravides. Zangemeister précise que sa cliente n'avait « aucun antécédent génital ».

C'est pour les cas de ce genre que l'hypothèse de W. A. Freund : « arrêt de développement bilatéral des deux trompes gênant la progression de l'œuf fécondé vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, » paraissait devoir fournir une explication satisfaisante.

Or, sur les 7 cas de ce groupe où il y eut double laparotomie, une seule fois on a noté, au cours de la première, l'état des annexes du côté non gravide, du côté qui plus tard devait être le siège de la récidive.

C'est dans le cas de Boisleux (obs. 32) qui dit : « Les annexes du côté gauche, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal. »

Brosin (22), qui n'a pas examiné l'état des annexes opposées lors de la première laparotomie, mais qui au moins a étudié après coup les pièces d'une des deux grossesses, dit :

« Il n'est pas probable que dans ce cas la deuxième grossesse tubaire ait été causée par les modifications qu'entraîna la première opération. Au moins ne voyait-on aucune trace d'adhérence à la cicatrice pariétale ni dans la moitié droite du bassin.

« La première trompe enlevée et conservée montre un hémato-salpinx ; un morceau de trompe non dilaté, de 2 centim. et demi de long, situé entre le sac et le pédicule, montre, à la coupe, des méandres anormaux de son canal. La cause *congé-*

(1) Obs. 3, 12, 22, 25, 32, 34, 40, 43, 51, 59, 65.

nitale des deux grossesses extra-utérines pourrait être cherchée dans cette disposition anormale de la lumière tubaire qui, il est vrai, ne peut qu'être soupçonnée pour le bout central de l'autre trompe. »

C'est tout.

On le voit, la récolte n'est pas abondante.

Mais il est certain qu'il y a là une mine inexploitée à poursuivre. Les observateurs, les opérateurs doivent, pour l'avenir, se persuader de l'utilité de l'examen attentif des annexes du côté opposé, du côté non gravide, chaque fois qu'ils auront à pratiquer une laparotomie pour une grossesse extra-utérine ouvrant la scène obstétricale.

b) Les cas de récidive, sans grossesse utérine intermédiaire, observés chez les femmes dont l'appareil génital a déjà hébergé une ou plusieurs grossesses utérines, éveillent l'idée d'un autre ordre de causes.

Il y a lieu de supposer qu'à la suite d'une des grossesses utérines antérieures il s'est produit quelque modification bilatérale *acquise*, d'ordre anatomique ou fonctionnel, rendant apte à l'ectopie un appareil qui jusque-là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu.

Et l'on pense tout naturellement à des *altérations inflammatoires puerpérales péri ou endosalpingiennes* gênant la progression de l'œuf.

Il est regrettable que les annexes du côté opposé n'aient pas été plus souvent examinées lors de la première laparotomie, c'est-à-dire avant que soient intervenues les altérations liées à l'évolution de la deuxième grossesse tubaire, ou même celles qu'ont pu produire les suites opératoires de la première.

Cet examen n'a été fait que huit fois.

Dans deux cas il est dit nettement que, lors de la première laparotomie, les annexes étaient *malades*.

C'est ainsi que dans le cas de Falk (Ipare de 29 ans, sans antécédents pathologiques notés; premier accouchement sept ans auparavant; opérée d'une grossesse tubaire droite

de quatorze semaines rompue, suivie trois ans après du même accident à gauche, obs. 38), l'auteur fait remarquer :

1° que, lors de la première laparotomie (pratiquée par Schultze), le décollement des adhérences de la trompe gravide fut particulièrement difficile et que les annexes de l'autre côté, qui furent laissées, sont signalées comme « gisant dans une sorte de couenne » ;

2° que sur la préparation recueillie au cours de la deuxième laparotomie on put nettement reconnaître les restes de vieilles membranes et de brides péritonéales.

« On sait, ajoute Falk, le rôle attribué à ces inflammations et adhérences périmétriques dans le développement de la grossesse tubaire par Virchow, Spiegelberg, Schröder, Martin, Scanzoni et plus récemment par J. C. Webster et von Rump.

« Cette explication semble convenir à mon cas. »

L'observation rapportée par Lindeblom (42) est des plus importantes à cause du soin avec lequel les antécédents y ont été notés.

Agée de 35 ans, mariée à 22, la femme observée par Engström a d'abord 5 enfants à terme, le dernier quatre ans avant la première grossesse ectopique suivie de récidive à deux ans et demi de là.

Les suites des accouchements sont dites normales. Néanmoins, deux ans environ après le dernier accouchemment, à la suite duquel elle s'était prématurément relevée (le jour même), elle est obligée de consulter Engström une première fois, en octobre 1894, pour des « douleurs dans la fosse iliaque droite ».

En 1895, elle revient à la consultation où l'on diagnostique : rétroflexion, endométrite, oophorite droite. On lui fait un curettage et une vagino-fixation suivie d'amélioration rapide.

C'est le 10 janvier 1896 qu'elle reparaît avec sa première grossesse tubaire gauche.

On fait la laparotomie le 3 mars, et on constate que « la trompe et l'ovaire droits sont environnés d'adhérences solides qui semblent ne pouvoir être détruites sans violence ».

Rappelant le 1er cas d'Engström publié par Toïvo Forsström, Lindeblom remarque que « ces deux cas apportent un appui évident à l'idée que les états pathologiques de la paroi tubaire sont une cause fréquente d'implantation anormale de l'œuf ».

Dans les six autres cas où les annexes furent examinées, elles furent trouvées *saines* (Olshausen, Varnier, Thomson, Dührssen, Muret, Frommel (1).

Et c'est à propos de ces six observations que peut se poser la question soulevée par Hartmann (2) lors de la communication de l'observation 62.

« Ce sont peut-être, disait-il, les adhérences de la trompe opposée consécutives à l'organisation des exsudats enkystant plus ou moins la première hématocèle qui sont la cause des récidives de la grossesse tubaire du côté opposé à celui opéré.

« Si la malade dont M. Varnier vient de nous relater l'histoire, a eu une récidive de grossesse tubaire du côté opposé, cela tient peut-être à ce que, dans ce cas, les adhérences extérieures de la trompe conservée ont été plus considérables que chez une autre, parce qu'après l'opération que j'ai pratiquée elle a eu un peu d'infection le long du trajet du drain et une poussée de pelvi-péritonite plastique.

« A ceux qui objecteraient à cette hypothèse qu'on n'observe pas de grossesse tubaire après les ablations unilatérales pour annexite, je répondrai que les cas ne sont pas similaires ; que dans les ablations unilatérales il s'agit soit d'ovaires kystiques, cas où il n'y a pas d'adhérences péri-tubaires du côté opposé, soit de salpingo-ovarites vraies, cas où la fécondation tubaire ne peut se faire par suite de l'existence de lésions de la muqueuse du côté conservé, les lésions de cet ordre étant presque toujours bilatérales. »

Cette influence exercée sur la récidive par l'infection et la

(1) Obs. 19, 62, 17, 36, 39, 63.

(2) *Comptes rendus de la Soc. d'obstétrique, gynécologie, pédiatrie de Paris*, 5 octobre 1900, t. II, p. 268.

pelvi-péritonite plastique consécutives à la laparotomie faite au cours de la première grossesse ectopique ne ressort nettement d'aucune autre de nos observations.

Par contre, il est à remarquer, en faveur du rôle possible (en dehors de toute suite opératoire) de l'organisation des exsudats de la première hématocèle, que dans plusieurs cas la récidive s'est faite après une première grossesse ectopique abandonnée à elle-même (par exemple, obs. 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55).

D'ailleurs, la constatation « annexes saines » au cours de la première laparotomie n'est pas absolument concluante. Cet examen à l'œil nu ne peut guère renseigner, en effet, que sur l'existence ou l'absence d'altérations périsalpingiennes.

Les altérations de la membrane muqueuse ou l'obstruction de la lumière tubaire échappent à cette exploration.

Pour l'*endosalpingite*, nous savons bien que, depuis les recherches de Frommel, nombre d'auteurs la considèrent comme incompatible avec la greffe de l'œuf, et que Bland Sutton soutient ce paradoxe « qu'une trompe de Fallope saine est plus en état de devenir gravide qu'une autre qui a été enflammée ». Nous savons aussi que M. Paquy a montré, sur un certain nombre de pièces, la conservation de l'épithélium tubaire dans les portions de trompe non occupées par l'œuf.

Cela n'empêche pas quelques observateurs de récidives de mettre en avant, pour expliquer la bilatéralité de la grossesse ectopique survenant après une série de grossesses utérines, « l'endosalpingite catarrhale de Martin, une hypertrophie générale de la muqueuse *sans chute de l'épithélium* », lésion capable d'arrêter l'œuf dans sa migration mais incapable de s'opposer à la nidation tubaire.

C'est ainsi que Boldt (obs. 14) dit : « Lors de la première laparotomie, j'avais remarqué que la trompe indemne était en état de salpingite catarrhale, autant que l'inspection pouvait permettre de s'en rendre compte. Comme je n'y voyais pas de danger, je la laissai. Il y eut récidive. Ceci est un argument en

faveur de la prédisposition à la grossesse tubaire par les inflammations légères de la trompe de Fallope. »

Dührssen est plus affirmatif encore.

« La grossesse extra-utérine récidivée, dit-il (dans les réflexions qui accompagnent ses deux observations), n'offre rien de surprenant si l'on considère *l'endosalpingite* comme la cause principale de la maladie.

« L'endosalpingite, en effet, frappe souvent les deux trompes en même temps ; ou bien l'inflammation s'étend ultérieurement à la trompe qui reste, L'état normal de la trompe laissée lors de la première opération ne prouve rien contre l'hypothèse qu'une endosalpingite a causé la récidive. La trompe en question devenue ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen macroscopique et offrir pourtant à l'examen microscopique les signes manifestes d'une salpingite catarrhale chronique, comme le prouve notre cas 1/13 (1). »

L'exposé que nous venons de faire montre, une fois de plus, quelle pauvreté se cache sous l'apparente richesse des publications sur la grossesse ectopique qui, depuis une dizaine d'années, encombrent les recueils périodiques.

Nous croyons n'avoir pas fait œuvre inutile en faisant toucher du doigt l'insuffisance de la plupart des observations de récidive recueillies jusqu'à ce jour et en appelant, sur ce point spécial, l'attention des futurs observateurs.

Résumé des 65 cas de récidive

sur lesquels s'appuient les conclusions précédentes.

I. — **Diagnostic affirmé sans détails.**

1 et 2. — J. Weit dit avoir vu trois fois (voir plus loin, obs. 30) la récidive du côté opposé sur 12 cas de grossesse extra-utérine opérés.

---

(1) Obs. 36.

Deux fois il y eut terminaison par hématocèle et une fois (obs. 30) par opération.

3. — TRAVERS (PRAKERS, erreur du *Centr. f. Gyn.*, 1895, nº 19, p. 516 et suiv.). *Brit. Gyn. Journ.*, t. IX, p. 439.

Dans la discussion sur le cas de Bennington (1), Travers dit :

Qu'il a eu une patiente qui n'avait eu que deux grossesses à intervalle de 6 ans.

Chaque fois, après quelques mois, elle tomba brusquement dans le collapsus et présenta les symptômes de rupture d'une grossesse tubaire, d'abord du côté droit, puis du côté gauche.

Lors de la dernière, Travers envisagea sérieusement la question d'une intervention et décida de ne pas opérer, la patiente s'en étant très bien tirée la première fois sans opération. Le résultat justifia sa décision Elle est maintenant tout à fait bien.

4, 5, 6, 7, 8. — O. KUSTNER. *Samml. Klin. Vorträge*, mai 1899, p. 1489.

J'ai jusqu'à présent observé, en tout, la grossesse extra-utérine récidivée (pour la deuxième fois) chez cinq femmes : deux fois à Dorpat, trois fois à Breslau.

Chez trois de ces cinq femmes on n'enleva, à la première opération, que l'hématocèle et pas la trompe malade correspondante.

Chez la quatrième, la première grossesse extra-utérine ne fut pour ainsi dire pas traitée.

Dans le cinquième cas seulement, on la traita par l'excision de la trompe malade.

---

(1) Voyez in thèse de C. Sens, obs. XXIV des cas suspects.

II. — Diagnostic opératoire (simple affirmation) pe

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
9. — WALTER (de Manchester). *Lancet*, août 1892. 29 ans; mariée 10 ans. 5 accouchements à terme, le dernier 4 ans.	Dernières règles en avril 1891. — Après une aménorrhée deux mois durant laquelle il y eut signes de grosses douleurs pelviennes et séjour au lit (au mois de juin), p de sang en juillet. — Entrée à l'hôpital le 7 août pour douleurs abdominales et pelviennes; utérus normal; m à *gauche*, dans le ligament large, contre l'utérus, masse la grosseur d'une orange. Rien à droite. — Conseille l'o ration; mais on ferme l'hôpital pour réparation, et la mal retourne chez elle. — Revenue en décembre 1891. menstruation est régularisée; mêmes signes physiques.
10. — GRANDIN. *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXX, p. 864; *Jahresb. de Frommel.*, t. VIII, p. 615. 28 ans; 1 accouchement antérieur, 5 ans.	En 1891, après un retard de 8 jours, écoulement sanguin le et crises douloureuses répétées font diagnostiquer une gr sesse tubaire *droite*, qui est traitée par la galvanisati Plus tard, incision vaginale du kyste, apparemment ro dans le ligament large. Drainage. Guérison. — Après 4 maines, accès de défaillance et nouvelle incision vagin Drainage. Guérison. — Un an après, abrasion de la muque et suture d'une déchirure du col.
11. — WORALL (R.) (de Sydney). *Australian med. Gaz.*, t. XVI, n° 6 (pas à la Faculté). Analyse dans *Brit. Gyn. Journ.*, t. XIII, p. 287. Multipare.	Laparotomie le 5 janvier 1895 pour grossesse tubaire *dr* rompue (dernières règles : fin novembre; douleurs et lapsus le 1er janvier). Drainage 24 heures, tube verre. — de distension notable de la trompe. Sur la face postéri du ligament large, déchirure de la largeur d'une de couronne obstruée par caillot sanguin.
12. — J. F. W. ROSS. *American Journal of Obst.*, t. XXXIII, p. 234, 1896. 24 ans; nullipare.	Le 20 mars 1891, après retard de 3 semaines, perte qui 7 semaines; nouvelle perte le 9 juin, douleurs et collap 30 juin, entre à l'hôpital, où l'on trouve une masse en a et à *droite* de l'utérus. — Opération le 6 juillet. — Guéri

hacune des deux grossesses ectopiques alternées.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
5 mois.	Dernières règles en décembre 1891 ; pas de règles en janvier ; perte le 17 février jusqu'au 21. Examen le 21 février. — On retrouve la tumeur à *gauche*, mais il y en a maintenant une autre à droite et en arrière de l'utérus normal. — Opération décidée pour le 26. — Le 25, pendant qu'on la prépare, brusquement, signes de rupture. — Laparotomie le 26 ; sang et caillots ; les 2 trompes sont gravides, augmentées de volume, remplies de caillots et adhérentes.— Ablation de la trompe et de l'ovaire droits, puis de la trompe gauche. Irrigation et drainage.	Guérison.
[illegible] ans. (Avortement vraisemblable et curettage 2 ars.)	Laparotomie 2 jours après avoir reconnu et incisé par le vagin une tumeur tubaire *gauche* accompagnée de fièvre. Sang liquide et caillots dans l'abdomen. — Grossesse tubaire gauche rompue. — Ablation des annexes gauches et droites, car pyo-salpinx à droite. — Drainage par le Douglas.	Guérison.
[illegible] mois.	Laparotomie le 21 août 1895 pour avortement tubaire *gauche* (dernières règles : juillet ; premier accès de douleurs et collapsus, 2 août ; 17, *id.* ; 20, *id.*). — Pas d'autre description que ceci : la cause de l'hémorrhagie intra-péritonéale était la trompe gauche qui, quoique non rompue, était considérablement dilatée par une môle tubaire emprisonnée dans l'orifice abdominal.	Guérison.
[illegible] ans 1/2.	Ross la revoit en consultation le 10 octobre 1895, en plein collapsus, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne survenue le matin, après un retard de 2 semaines. — Laparotomie d'urgence. — Ventre rempli de sang. — Grossesse tubo-ovarique gauche rompue. — Irrigation et drainage.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
13. — LESTER E. FRANKENTHAL. *American Gyn. a. Obst. Journ.*, t. IX, n° 3, p.297, septembre 1896. Age? Mariée à 21 ans; à 22 ans, avortement de 8 semaines; distance à la première grossesse ectopique non indiquée.	Laparotomie le 27 septembre 1893 pour grossesse tubair *gauche* rompue tout près de l'utérus (dernières règles 1er septembre 1893, avant l'époque ordinaire; durée 3 jours Première crise douloureuse, 26 septembre; ictus et collapsu le 27 au matin). Extirpation après ligature à la soie. — *La trompe droite examinée* présente les sinuosités de Freun de sorte que Frankenthal prédit la possibilité d'une réci dive. — Mickulicz et suture partielle. — Guérison.
14. — H.-J. BOLDT. *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXVII, p. 754 (1). 33 ans.	Le 21 mars 1896, j'opérais par laparotomie Mme J..., malad du docteur Frank, pour une grossesse tubaire rompue Je remarquai en même temps que la *trompe du côté oppos* était, autant que l'inspection permet de faire ce diagnostic en état de salpingite catarrhale. N'y voyant pas de danger je la laissai.
15. — KOBLANCK. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 2, p. 307, 1898. (Au cours de la discussion sur la présentation de Kreisch.)	J'avais opéré en août 1897, pour grossesse extra utérin avec enfant vivant (4 mois), une femme qui, après
16. — J. F. W. ROSS. *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXXVIII, p. 850. 26 ans; multipare. Dernier accouchement, 1 an 1/2. Nourrice.	Laparotomie pour avortement tubaire *droit* (règles non e défaut, mais perte de 4 semaines à la suite des dernière — Ablation de trompe et ovaire droits. Irrigation. Drai nage. Péritonite pendant la convalescence. — Pas d'exame macroscopique ni microscopique détaillés.

(1) Il y a erreur.
L'observation rapportée avec détails à la page indiquée n'a rien d'une récidive.
L'auteur, qui a opéré 73 cas de grossesse ectopique, dit seulement, au cours des considérations généra[les] ... crais pas excusable de ne point citer un autre cas de cette forme déplorable de grossesse.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
15 mois.	Grossesse tubaire *droite* opérée par laparotomie 6 heures après les symptômes de rupture.— Ligature au catgut du pédicule. Pas de drainage. — Convalescence compliquée d'abcès pelvien dû à ligature de soie de la première opération. — Aucun autre détail.	Guérison.
18 mois.	Le 15 septembre 1897, j'eus l'occasion, par une seconde opération, de corroborer semblable diagnostic sur la même malade, devenue enceinte 15 mois après la première opération. Je fis une hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale, à cause de l'inutilité de l'utérus après l'enlèvement des annexes.	Après obstruction intestinale consécutive à l'opération. — Guérison.
Quelques mois	eut de nouveau une rupture de grossesse tubaire. Malheureusement, l'opération fut faite trop tard et la femme mourut d'anémie.	Mort.
?	Laparotomie (septembre 1898) pour menace de rupture d'une grossesse tubaire *gauche*. — Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. — Pas d'examen macroscopique ni microscopique détaillés.	Guérison.

qu'il émet : Avant de donner mon avis sur l'intervention par la voie abdominale ou par la vaginale, je ne

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
17. — J. THOMSON. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX, p. 469, 1899. 30 ans; 3 accouchements normaux, le dernier 1 an.	Le 12 octobre 1897, laparotomie pour rupture de grossesse tubaire *droite* (il y a 2 semaines, retard de quelques jours, depuis, perte et crises douloureuses ; ictus la veille). — Trompe 7 centim. longueur ; 1 centim. normal à l'extrémité utérine, puis se dilate pour former en son milieu un sac rompu sur 3 centim., du volume d'une noix. — La déchirure est bouchée par caillots ; tissu placentaire et membranes déchirés.— Adhérence de l'extrémité abdominale. — Corps jaune de 1 centim. dans l'ovaire. — *Les annexes gauches* paraissent saines à l'œil nu.
18. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 2). 26 ans ; 1 avortement et 2 accouch. normaux, le dernier il y a 2 ans.	Laparotomie le 8 mars 1896 pour grossesse tubaire *gauche* rompue de 2 mois environ (dernières règles : janvier), volume d'une noix. L'œuf a été détruit par l'hémorrhagie. — Excision des annexes gauches.

III. — **Diagnostic opératoire ferme pour la première**

19. — OLSHAUSEN. *Deutsche medicin. Woch.*, 1890, n° 9, p. 174. 30 ans; 1 accouchement spontané 7 ans.	Laparotomie par Olshausen, le 1er novembre 1888, pour grossesse extra-utérine rompue sans collapsus depuis quelques jours, 2 ou 3 semaines environ avant le terme. — Extraction de l'enfant vivant, 5 livres, libre dans le péritoine placenta inséré sur le ligament large *droit*. On n'a pas vu l'ovaire droit (1). *Annexes du côté gauche* en place et parfaitement saines. — Suture sans drainage.— Suites opératoires : 39°2 le 8e jour abcès de suture; fistule guérie 8 semaines après l'opération (1) Perception des mouvements mi-juillet. Le 15 avril, métrorrhagie 8 jours ; le 18 avril, expulsion d'une membrane bilobée de la largeur d'une paume de main ; 7 mai, fièvre, douleurs excessives dans l'abdomen ; 10 octobre, état douloureux forçant à prendre le lit.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
3 mois.	Le 24 janvier 1898, colpotomie postérieure pour avortement tubaire *gauche* incomplet (dernières règles en décembre).— Issue de beaucoup de sang. Extirpation de la trompe et de l'ovaire gauches.— Tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie, enlevé le 6e jour.— Guérie le 8 février.— La trompe enlevée mesure 8 à 9 centim.; elle est arquée ; ses franges abdominales sont un peu épaissies. 1 centim. normal à l'extrémité utérine, puis se dilate pour former un sac du volume d'un œuf de poule non rompu et contenant un caillot sanguin de la grosseur d'un œuf de pigeon.— L'examen microscopique montre des cellules déciduales. — Corps jaune de 25 millim. de diamètre dans l'ovaire.	Guérison.
13 mois (avortement de 2 mois intermédiaire. Curettage. Septembre 1896).	Laparotomie le 7 avril 1897 pour avortement tubaire *droit* de 3 mois environ (dernières règles : 28 janvier). Hématocèle du volume du poing. — L'œuf détruit par l'hémorrhagie se trouve dans le tiers externe ; il s'agit donc d'un avortement tubaire. — L'ovaire droit, entouré de pseudomembranes, est extirpé avec la trompe.	Guérison.

...ion ferme (affirmation) pour la deuxième.

1 an et 16 j.	Le 17 novembre 1889, laparotomie d'urgence par Olshausen pour signes de rupture de grossesse ectopique (dernières règles : 29 septembre. 1ers accidents, 16 novembre)— 1,700 grammes de sang extrait. Extirpation en masse de la trompe *gauche* épaissie et infiltrée de sang et de l'ovaire intimement accolé. — L'œuf siégeait dans le pavillon et s'en était détaché. On ne trouva rien des enveloppes ni du fœtus, même dans le sang enlevé, « mais on trouva une caduque dans le pavillon d'où l'œuf peut très bien être tombé en totalité dans la cavité abdominale. »	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
20. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 3). 26 ans ; 2 accouchements normaux, enfants vivants. 4 avortements, dont 1 provoqué, le dernier il y a deux ans.	Extirpation le 12 avril 1894 d'une grossesse tubaire *droite* de 4 mois environ (volume d'un citron), rompue à sa face antérieure et environnée de caillots anciens. — Dernières règles, 2 à 5 décembre 1893 ; 1re crise syncopale le 5 février ; expulsion d'une *caduque*, 18 février. — On ne peut rien retrouver du fœtus, mais on reconnaît très nettement les villosités du chorion. — Convalescence compliquée de pneumonie gauche. — Se lève au bout de 24 jours.

IV. — **Diagnostic opératoire non ferme (affirmation)**

21. — C. BECK. *Americ. Journal of Obst.*, 1893, p. 570. 32 ans ; mariée à 20 ans. 6 enfants, le dernier 2 ans 1/2. (1) *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXVII, p. 694, 1893.	Laparotomie le 20 mars 1891 par Reed, de Cincinnati (1) pour une grossesse tubaire gauche (dernières règles : janvier). — Extirpation de la trompe très augmentée de volume largement déchirée au centre. — Bien que nous n'ayons pas retrouvé le fœtus, l'épaisseur de la caduque dans la trompe enlevée ne laisse pas de doute sur l'existence d'une grossesse tubaire.
22. — BROSIN. *Centr. f. Gynæk.*, 1896, n° 31, p. 807. 25 ans ; nullipare.	Opérée le 15 septembre 1894 (dernières règles : 8 juin ; hémorrhagie et douleurs depuis 27 juillet), pour avortement tubaire à *droite* ayant donné lieu à hémorrhagie à répétition. — On ne trouva pas de parties essentielles d'œuf ; pourtant la marche clinique et les constatations anatomiques ne laissaient aucun doute. La pièce conservée montre un morceau central de la trompe non dilatée de 2 centim. de long, sinueux et à méandres prononcés sur la coupe.
23. — F.-A. PURCELL. *British Gyn. Journal*, t. XIII, p. 32, 1897. 26 ans ; 1 enfant 3 ans ; toujours bien réglée.	Laparotomie en 1896 pour avortement tubaire *droit*, 6 semaines après premiers symptômes rapportés à annexite droite. — Ablation de la trompe et de l'ovaire. — Guérison rapide.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
3 ans (accouchement spontané intermédiaire d'un gros enfant, le 16 juillet 1895).	Laparotomie le 19 mai 1897 pour grossesse tubaire *gauche* de 1 mois 1/2 environ.— Dernières règles, 1er avril ; 1ers accidents, 1er mai, après léger retard. Avortement tubaire.— Extirpation de la trompe gauche avec l'ovaire ; aucune adhérence. — Dans le voisinage de l'orifice abdominal, le volume de la trompe augmente subitement et atteint le volume d'une noix. De gros caillots font saillie par l'orifice abdominal dans la cavité abdominale.	Guérison.

pour la première, ferme pour la deuxième.

mois.	Beck est appelé le 23 août pour obstruction intestinale de 4 jours, vomissements fécaloïdes. Les règles avaient manqué deux fois et la malade se croyait menacée d'une fausse couche.—Laparotomie pour l'occlusion.— Du même coup, Beck trouve du côté droit une trompe courte disparaissant dans une large tumeur bleuâtre, grossesse tubaire, d'où il tire par incision un fœtus de 3 mois environ et ses membranes. Vu les adhérences, le sac est laissé après suture.	Guérison. Réapparition des règles 5 semaines après.
mois.	Opérée *(sic)* une 2e fois le 18 avril 1896 (dernières règles, 12 février; 1ers accidents, 24 mars). Il ne restait conservé qu'un court morceau de la trompe *gauche* qui se perdait dans une tumeur du volume d'une tête d'enfant, adhérente de toutes parts et renfermant, au milieu de caillots sanguins vieux et récents, un œuf avec un fœtus frais de 4 centim. de long.	Guérison.
mois 1/2.	Laparotomie le 27 février 1897 pour grossesse tubaire *gauche* rompue. 1ers symptômes 25 janvier ; dernières règles, 1er à 5 décembre.— Extirpation de la trompe gauche rompue dans son bord inférieur, tout près de l'utérus et de l'ovaire.— Pas de préparation histologique, mais on a vu le fœtus et on parle de photographie.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
24. — O. KOKMANN. *Centr. f. Gynæk.*, 1897, nº 40, p. 1221. 24 ans ; mariée 7 ans. 1 avortement la première année.	Laparotomie le 20 octobre (dernières règles en juillet) pou grossesse tubaire *gauche* de la grosseur d'une pomme rompue. Caillots dedans et autour. — Le rapport anatomo pathologique penche pour le diagnostic grossesse extra utérine, mais pas avec certitude.
25. — CZEMPIN. *Zeitsch. für Geb. u. Gynæk.*, t. XXXVII, p. 338, 1897. 33 ans ; nullipare. Mariée depuis 7 ans.	Grossesse tubaire *droite* rompue. Opérée le 7 mai 1896 à l Königl. Univers. Frauenklin, de Berlin. — Ablation de l trompe. — (Communication du médecin traitant.)
26. — R. B. HALL. *American Journal of Obst.*, t. XXXVI, p. 855, 1897. Présentation de pièces.	Laparotomie à Noël 1896, 24 jours après la rupture d'u grossesse tubaire *droite*. — Pas vu de fœtus. Les *annexes gauches*, examinées, étant sans désordres marqué sauf quelques adhérences légères de l'ovaire à une porti de la trompe, sont laissées.
27. — KREISCH (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 2, p. 307. 29 ans ; 1 accouchement antérieur normal (9 ans).	Opérée en février 1895 à Berlin, pour grossesse extra-utéri *droite*.
28. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899 (cas nº 4). 27 ans ; un accouchement avant, il y a 3 ans 1/2.	Laparotomie en avril 1896 par un collègue pour grosse extra-utérine. Aucun détail. — Le médecin ne daigna p répondre aux renseignements qui lui étaient demandés p lettre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
6 ans (2 ans après accouchement à terme intermédiaire)	Laparotomie en juillet 1896 (dernières règles en juin) pour grossesse tubaire *droite* de la grosseur d'un petit poing, adhérente, renfermant un œuf de la 6e semaine.	Morte 8 jours après de pneumonie lobulaire et de péritonite.
6 mois.	Laparotomie le 3 février 1897 pour grossesse tubaire *gauche* de 4 mois environ (dernières règles : 7 novembre 1896), rompue pendant l'examen. Fœtus passé dans le ventre. — Quelques jours après, expulsion de la caduque.	Guérison. Sortie le 20 mars.
3 mois.	En avril 1897, laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* rompue près de son attache à l'utérus. — Irrigation et drainage.— Fœtus long de 3/4 de pouce trouvé dans le sang pelvien.	Guérison. (Obs. de 7 jours.)
3 ans 8 mois.	Laparotomie le 30 octobre 1897, chez Martin, pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles courant août; perd du sang depuis 6 semaines). — Le sac occupe la région ampullaire, renferme de gros caillots, un peu de placenta et une des membranes de l'œuf, dont une grande partie avec le fœtus fut trouvée dans la cavité abdominale. — (Il s'agit d'une présentation de pièces.)	Guérison.
3 mois.	Laparotomie le 12 mars 1898 pour grossesse extra-utérine *gauche* du volume d'un œuf de poule, rompue à sa partie postérieure. Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Extrémité abdominale de la trompe fermée. — Pas trace de fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
24. — O. KOKMANN. *Centr. f. Gynæk.*, 1897, nº 40, p. 1221. 24 ans ; mariée 7 ans. 1 avortement la première année.	Laparotomie le 20 octobre (dernières règles en juillet) po[ur] grossesse tubaire *gauche* de la grosseur d'une pomm[e] rompue. Caillots dedans et autour. — Le rapport anatom[o]pathologique penche pour le diagnostic grossesse extr[a]utérine, mais pas avec certitude.
25. — CZEMPIN. *Zeitsch. für Geb. u. Gynæk.*, t. XXXVII, p. 338, 1897. 33 ans ; nullipare. Mariée depuis 7 ans.	Grossesse tubaire *droite* rompue. Opérée le 7 mai 1896 à [la] Königl. Univers. Frauenklin, de Berlin. — Ablation de [la] trompe. — (Communication du médecin traitant.)
26. — R. B. HALL. *American Journal of Obst.*, t. XXXVI, p. 855, 1897. Présentation de pièces.	Laparotomie à Noël 1896, 24 jours après la rupture d'u[ne] grossesse tubaire *droite*. — Pas vu de fœtus. Les *annexes gauches*, examinées, étant sans désordres marqué[s] sauf quelques adhérences légères de l'ovaire à une porti[on] de la trompe, sont laissées.
27. — KREISCH (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 2, p. 307. 29 ans ; 1 accouchement antérieur normal (9 ans).	Opérée en février 1895 à Berlin, pour grossesse extra-utéri[ne] *droite*.
28. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899 (cas nº 4). 27 ans ; un accouchement avant, il y a 3 ans 1/2.	Laparotomie en avril 1896 par un collègue pour grosse[sse] extra-utérine. Aucun détail. — Le médecin ne daigna p[as] répondre aux renseignements qui lui étaient demandés p[ar] lettre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
6 ans (2 ans après accouchement à terme intermédiaire)	Laparotomie en juillet 1896 (dernières règles en juin) pour grossesse tubaire *droite* de la grosseur d'un petit poing, adhérente, renfermant un œuf de la 6e semaine.	Morte 8 jours après de pneumonie lobulaire et de péritonite.
6 mois.	Laparotomie le 3 février 1897 pour grossesse tubaire *gauche* de 4 mois environ (dernières règles : 7 novembre 1896), rompue pendant l'examen. Fœtus passé dans le ventre. — Quelques jours après, expulsion de la caduque.	Guérison. Sortie le 20 mars.
3 mois.	En avril 1897, laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* rompue près de son attache à l'utérus. — Irrigation et drainage. — Fœtus long de 3/4 de pouce trouvé dans le sang pelvien.	Guérison. (Obs. de 7 jours.)
2 ans 8 mois.	Laparotomie le 30 octobre 1897, chez Martin, pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles courant août ; perd du sang depuis 6 semaines). — Le sac occupe la région ampullaire, renferme de gros caillots, un peu de placenta et une des membranes de l'œuf, dont une grande partie avec le fœtus fut trouvée dans la cavité abdominale. — (Il s'agit d'une présentation de pièces.)	Guérison.
23 mois.	Laparotomie le 12 mars 1898 pour grossesse extra-utérine *gauche* du volume d'un œuf de poule, rompue à sa partie postérieure. Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Extrémité abdominale de la trompe fermée. — Pas trace de fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
24. — O. KOKMANN. *Centr. f. Gynæk.*, 1897, nº 40, p. 1221. 24 ans ; mariée 7 ans. 1 avortement la première année.	Laparotomie le 20 octobre (dernières règles en juillet) po grossesse tubaire *gauche* de la grosseur d'une pomm rompue. Caillots dedans et autour. — Le rapport anatomo pathologique penche pour le diagnostic grossesse extr utérine, mais pas avec certitude.
25. — CZEMPIN. *Zeitsch. für Geb. u. Gynæk.*, t. XXXVII, p. 338, 1897. 33 ans ; nullipare. Mariée depuis 7 ans.	Grossesse tubaire *droite* rompue. Opérée le 7 mai 1896 à Königl. Univers. Frauenklin, de Berlin. — Ablation de trompe. — (Communication du médecin traitant.)
26. — R. B. HALL. *American Journal of Obst.*, t. XXXVI, p. 855, 1897. Présentation de pièces.	Laparotomie à Noël 1896, 24 jours après la rupture d'u grossesse tubaire *droite*. — Pas vu de fœtus. Les *annexes gauches*, examinées, étant sans désordres marqu sauf quelques adhérences légères de l'ovaire à une porti de la trompe, sont laissées.
27. — KREISCH (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 2, p. 307. 29 ans ; 1 accouchement antérieur normal (9 ans).	Opérée en février 1895 à Berlin, pour grossesse extra-utéri *droite*.
28. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899 (cas nº 4). 27 ans ; un accouchement avant, il y a 3 ans 1/2.	Laparotomie en avril 1896 par un collègue pour grosse extra-utérine. Aucun détail. — Le médecin ne daigna p répondre aux renseignements qui lui étaient demandés p lettre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
6 ans (2 ans après accouchement à terme intermédiaire)	Laparotomie en juillet 1896 (dernières règles en juin) pour grossesse tubaire *droite* de la grosseur d'un petit poing, adhérente, renfermant un œuf de la 6e semaine.	Morte 8 jours après de pneumonie lobulaire et de péritonite.
6 mois.	Laparotomie le 3 février 1897 pour grossesse tubaire *gauche* de 4 mois environ (dernières règles : 7 novembre 1896), rompue pendant l'examen. Fœtus passé dans le ventre. — Quelques jours après, expulsion de la caduque.	Guérison. Sortie le 20 mars.
3 mois.	En avril 1897, laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* rompue près de son attache à l'utérus. — Irrigation et drainage. — Fœtus long de 3/4 de pouce trouvé dans le sang pelvien.	Guérison. (Obs. de 7 jours.)
2 ans 8 mois.	Laparotomie le 30 octobre 1897, chez Martin, pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles courant août ; perd du sang depuis 6 semaines). — Le sac occupe la région ampullaire, renferme de gros caillots, un peu de placenta et une des membranes de l'œuf, dont une grande partie avec le fœtus fut trouvée dans la cavité abdominale. — (Il s'agit d'une présentation de pièces.)	Guérison.
23 mois.	Laparotomie le 12 mars 1898 pour grossesse extra-utérine *gauche* du volume d'un œuf de poule, rompue à sa partie postérieure. Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Extrémité abdominale de la trompe fermée. — Pas trace de fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
24. — O. KOKMANN. *Centr. f. Gynæk.*, 1897, n° 40, p. 1221. 24 ans ; mariée 7 ans. 1 avortement la première année.	Laparotomie le 20 octobre (dernières règles en juillet) pour grossesse tubaire *gauche* de la grosseur d'une pomme, rompue. Caillots dedans et autour.— Le rapport anatomo-pathologique penche pour le diagnostic grossesse extra-utérine, mais pas avec certitude.
25.— CZEMPIN. *Zeitsch. für Geb. u. Gynæk.*, t. XXXVII, p. 338, 1897. 33 ans ; nullipare. Mariée depuis 7 ans.	Grossesse tubaire *droite* rompue. Opérée le 7 mai 1896 à la Königl. Univers. Frauenklin, de Berlin. — Ablation de la trompe. — (Communication du médecin traitant.)
26. — R. B. HALL. *American Journal of Obst.*, t. XXXVI, p. 855, 1897. Présentation de pièces.	Laparotomie à Noël 1896, 24 jours après la rupture d'une grossesse tubaire *droite*.— Pas vu de fœtus. Les *annexes gauches*, examinées, étant sans désordres marqués, sauf quelques adhérences légères de l'ovaire à une portion de la trompe, sont laissées.
27. — KREISCH (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 2, p. 307. 29 ans ; 1 accouchement antérieur normal (9 ans).	Opérée en février 1895 à Berlin, pour grossesse extra-utérine *droite*.
28. — DE STRAUCH. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, t. III, p. 51, 1899 (cas n° 4). 27 ans ; un accouchement avant, il y a 3 ans 1/2.	Laparotomie en avril 1896 par un collègue pour grossesse extra-utérine. Aucun détail.— Le médecin ne daigna pas répondre aux renseignements qui lui étaient demandés par lettre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
6 ans (2 ans après accouchement à terme intermédiaire)	Laparotomie en juillet 1896 (dernières règles en juin) pour grossesse tubaire *droite* de la grosseur d'un petit poing, adhérente, renfermant un œuf de la 6e semaine.	Morte 8 jours après de pneumonie lobulaire et de péritonite.
6 mois.	Laparotomie le 3 février 1897 pour grossesse tubaire *gauche* de 4 mois environ (dernières règles : 7 novembre 1896), rompue pendant l'examen. Fœtus passé dans le ventre. — Quelques jours après, expulsion de la caduque.	Guérison. Sortie le 20 mars.
3 mois.	En avril 1897, laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* rompue près de son attache à l'utérus. — Irrigation et drainage. — Fœtus long de 3/4 de pouce trouvé dans le sang pelvien.	Guérison. (Obs. de 7 jours.)
2 ans 8 mois.	Laparotomie le 30 octobre 1897, chez Martin, pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles courant août ; perd du sang depuis 6 semaines). — Le sac occupe la région ampullaire, renferme de gros caillots, un peu de placenta et une des membranes de l'œuf, dont une grande partie avec le fœtus fut trouvée dans la cavité abdominale. — (Il s'agit d'une présentation de pièces.)	Guérison.
23 mois.	Laparotomie le 12 mars 1898 pour grossesse extra-utérine *gauche* du volume d'un œuf de poule, rompue à sa partie postérieure. Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Extrémité abdominale de la trompe fermée. — Pas trace de fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
29. — E. PESTALOZZA. *Archivio italiano di ginecologia*, 31 oct. 1900, p. 474 à 479. (Communication faite au *Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie*, à Naples, 20-22 octobre 1900, résumée par l'auteur.) 39 ans.	Vue en consultation par Pestalozza en mai 1894 ; il confirm le diagnostic de grossesse extra-utérine porté par u confrère.— Laparotomie ; ablation de la trompe gravide avortement tubaire et hématocèle. — Pestalozza a vu le pièces.

V. — Diagnostic opératoire ferme pour chacune

30. — J. VEIT. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVII, p. 335, 1889. ?	En janvier 1888, extirpation par Veit d'une trompe renfe mant caillots et villosités.
31. — G. ERN. HERMANN. *British medic. Journ.*, t. II, p. 722, 1890. 31 ans ; 1 accouchement antérieur ; toujours régulièrement réglée, sans douleurs.	Laparotomie le 14 janvier 1887 pour grossesse tubaire *dro* rompue (1) avec hématocèle ancienne ; petit fœtus d'env ron 3 mois.— Extirpation de la trompe droite. Irrigation.- Après quelques élévations de température, guérison.—Lev le 5 mars ; sortie le 25.

(1) *The Lancet*, 2 juin 1888, p. 1069 (cas 1).

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
; ans.	Se présente le 12 septembre 1900 à la clinique de Pestalozza, soupçonnant le retour de l'accident de 1894. Diagnostic : grossesse tubaire *droite* arrêtée dans son évolution par avortement tubaire. — Opération (laparotomie ?) qui ainsi que l'examen histologique confirme le diagnostic.	?

des deux grossesses ectopiques alternées.

9 mois.	Extirpation de l'autre trompe avec caillots et villosités.	?
3 ans.	Laparotomie le 17 mai 1890 pour grossesse tubaire *gauche* non rompue de 3 mois environ diagnostiquée (dernières règles : février).— La trompe enlevée mesurait 2 pouces 1/2 de long et 1 pouce 1/2 à sa partie la plus large. A l'ouverture, fœtus long d'un tiers de pouce (1 mois environ ; arrêt de développement).	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
32. — CH. BOISLEUX in ROCQUET MARTIAL. *De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme.* Th. Paris, 1892, p. 45. 18 ans mariée depuis le 23 décembre 1890. Nullipare.	Le 19 avril 1891, laparotomie pour grossesse tubaire *droite* (suppression des règles, 26 janvier ; 1ers accidents 10 février) rompue le jour même, 48 heures après un curettage explorateur (!) — Extirpation de l'ovaire et de la trompe formant tumeur de 8 centim. de long sur 4 de large, renfermant un œuf intact, rompue à sa face postérieure sur une étendue de 2 centim. et perméable à son orifice abdominal. — Toilette et fermeture de l'abdomen. — Guérison. — Règles rétablies fin mai, 5 jours. — Villosités choriales dans le caillot tubaire. — Les *annexes du côté gauche*, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal.
33. — K. ABEL. *Archiv f. Gynäk.*, t. XLIV, H. 1, p. 55, 1893. 29 ans ; 1 accouchement à terme ; 1 à 6 mois il y a 5 ans.	Laparotomie par Güsserow, à la Charité de Berlin, le 14 février (dernières règles, décembre), pour une grossesse tubaire *gauche* du volume d'un œuf d'oie ; fœtus frais de 4 centim. — Sortie guérie le 12 mars.
34. — F. B. HARRINGTON. *Boston med. a. surg. Journal*, t. CXXX, p. 6, 1894. 32 ans ; mariée depuis 3 ans. Nullipare.	Laparotomie le 15 mai 1891 pour grossesse tubaire *droite* (début des accidents : pertes, douleurs, collapsus, péritonite, en janvier, après retard de 2 semaines). — Ablation de la trompe droite, renfermant beaucoup de sang. — Trompe de 12 centim. renfermant au voisinage de l'utérus un œuf ; dilatation de 8 centim. sur 9 ; surface hérissée d'adhérences. — Diagnostic : grossesse tubaire ; mort précoce du fœtus, 3 à 6 semaines ; hémorrhagie sans rupture.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
Moins de 2 mois (de laparotomie à laparotomie).	Laparotomie le 17 juin pour grossesse extra-utérine diagnostiquée le 12, à la suite de crise douloureuse rappelant les douleurs de la première fois. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Je vais à la recherche de la tumeur et la sens battre dans le ligament large *gauche*. En vain j'essaie, à plusieurs reprises, de l'amener au dehors. Après toutes ces tentatives, la tumeur, très friable, finit par se rompre entre mes doigts, et je n'enlève que des débris parmi lesquels se trouve la trompe mutilée, l'ovaire et l'*embryon* dont j'ai constaté l'existence au microscope. — Drainage 9 jours. Guérison.— Se lève le 28 juin. — *Examen histologique* de la pièce : Il s'agit là non plus d'un hématome de la trompe, mais d'un hématome de l'ovaire. J'ai rencontré des villosités choriales très nettes. Il s'agit, comme vous le voyez, d'un œuf de quelques semaines à peine. Grossesse ovarienne (??).	Guérison.
2 ans (rien à signaler).	Laparotomie pour grossesse tubaire *droite* ampullaire de 2 mois environ (95 millim. sur 50) rompue ; fœtus sorti par la rupture.— Extirpation de la trompe et de l'ovaire droits. — Examen histologique positif.	Guérison.
2 ans.	Laparotomie le 6 avril 1893 pour grossesse tubaire *gauche*, donnant lieu à pertes et douleurs depuis le 24 mars. Excision de l'ovaire et de la trompe gauches ; suture. — Trompe dilatée en forme de poire (8 centim. sur 4) dans sa portion terminale largement ouverte.— Dans un caillot venu probablement de l'intérieur du sac, on trouve au centre un sac fibreux mince contenant un embryon de 8 semaines environ (4 centim. 1/2 long). — Corps jaune dans l'ovaire.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
35.— C. R. SHOOFIELD. *Americ. Journ. of Obstet.*, t. XXXVII, p. 318. 29 ans. (1) *Lancet Clinic.*, 3 décembre 1892, t. XXIX.	Grossesse ectopique opérée par Shoofield le 29 juin 1892, 3 mois après le terme et la mort du fœtus (1).
36. — DUHRSSEN. *Arch. für Gyn.*, t. LIV, p. 226 et 233 (observations 1 et 13 du tableau II). Femme Web., 28 ans; 1 avortement 3 ans auparavant.	Cœliotomie vaginale le 9 février 1895 pour avortement tubaire *droit* incomplet; hématome péritubaire à la suite d'une grossesse isthmique de 5 semaines rompue au cours de l'examen. — Ablation des annexes droites et en même même temps énucléation d'un gros myome de la paroi postérieure du corps utérin. — Les *annexes du côté droit sont normales*. — Suture. — Sortie le 21 février. — Depuis, très bien. — On a reconnu des villosités et des cellules déciduales.
37.— W.A.N. DORLAND. *American Journal of Obst.*, t. XXXVII, p. 487, 1898. 28 ans ; mariée 7 ans. 4 enfants, le dernier 15 mois.	20 octobre 1890, laparotomie par Baer (policlinique Chicago); extirpation de la trompe gauche gravide rompue, renfermant un petit embryon (âge ?).
38.— O. FALK. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynæk.*, t. XXXVIII, p. 270, 1898. 29 ans; 1 enfant 7 ans.	Laparotomie pour grossesse tubaire *droite* rompue ; fœtus de 14 semaines (Schultze, d'Iéna). — Drainage du Douglas à la Mikulicz. Les *annexes gauches*, examinées et reconnues malades (encouennées, périmétrite), sont cependant laissées.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
4 ans.	Revue en mai 1896 (dernières règles, février) avec symptômes de péritonite généralisée et de septicémie consécutives à suppuration du sac d'une grossesse tubaire *gauche* rompue de 3 mois environ.— Vu le fœtus et le placenta.— Colpotomie par le docteur Bonifield (12 mai), à the Good Samarit. Hosp.	Mort 3 heures après. La trompe laissée était rompue et contenait une portion du placenta. Adhérences si fortes qu'il fut impossible d'extraire convenablement l'utérus et ses annexes pour les examiner. Pas d'histologie.
21 mois.	Cœliotomie vaginale le 17 novembre 1896 pour avortement tubaire *gauche* incomplet ou môle tubaire consécutif à grossesse isthmique de 4 semaines (dernières règles, 15 septembre 1896 ; hémorrhagie depuis le 11 octobre).— Salpingectomie gauche. Résection d'un kyste de l'ovaire gauche et de ce qui reste de l'ovaire. Toilette. Suture. Sortie 28 novembre. — L'exploration du Douglas et des ligaments pendant l'opération a permis de constater l'absence de toute infiltration périmétrique.— L'examen histologique a montré des villosités choriales avec épithélium bien conservé.— Longue description et figures des coupes. Salpingite catarrhale chronique.	
2 ans.	10 août 1892, laparotomie. Trompe droite non rompue, mais petit fragment de tissu placentaire sortant de l'extrémité frangée (avortement tubaire).— L'opération achevée, nous trouvâmes le petit embryon entouré de liquide transparent dans le sac amniotique intact à l'intérieur de la trompe (âge ?).	Guérison.
[illegible] ans.	Laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* du volume du poing, rompue. Fœtus non macéré de 13 à 14 semaines (Falk). Tamponnement du Douglas.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
39. — M. MURET. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, Paris, n° 2, 1898. 25 ans ; 1 enfant à terme, 2 ans.	Laparotomie le 24 mai 1895 pour grossesse tubaire *droite* rompue au 3ᵉ mois. Fœtus de 8 centim. (dernières règles, fin février ; crises douloureuses et syncopes, 17, 21 et 24 mai). — Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Toilette. Pas de drainage. — 28 mai, expulsion d'une caduque. — Levée 7 juin. Réglée le 29. Les *annexes gauches*, examinées, ne présentant aucune anomalie, sont laissées.
40. — W. ZANGEMEISTER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, H. 3, p. 404, 1898. 23 ans ; nullipare. Aucun antécédent génital.	Laparotomie le 31 janvier 1893 pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles, fin octobre 1892 ; premiers signes de rupture, 14 jours). — Extirpation de la trompe et de l'ovaire. Fœtus de 2 mois environ, 5 centim. de long, macéré ; tête et bras déchirés. — Fermeture de l'abdomen. — Sort guérie le 20 février.
41. — W. ZANGEMEISTER. (Cas n° 3.) 39 ans ; tertipare. Pas de passé pathologique ; toujours bien réglée.	Laparotomie le 11 août 1897 pour grossesse tubaire *gauche* rompue (dernières règles, fin avril ; accidents remontant à 3 mois) du volume d'une tête de fœtus ; la trompe renferme un fœtus de 20 centim. de long. — Extirpation. Fermeture de l'abdomen. — Sort guérie le 31 août.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
4 ans.	Revue en mai 1896 (dernières règles, février) avec symptômes de péritonite généralisée et de septicémie consécutives à suppuration du sac d'une grossesse tubaire *gauche* rompue de 3 mois environ.— Vu le fœtus et le placenta.— Colpotomie par le docteur Bonifield (12 mai), à the Good Samarit. Hosp.	Mort 3 heures après. La trompe laissée était rompue et contenait une portion du placenta. Adhérences si fortes qu'il fut impossible d'extraire convenablement l'utérus et ses annexes pour les examiner. Pas d'histologie.
21 mois.	Cœliotomie vaginale le 17 novembre 1896 pour avortement tubaire *gauche* incomplet ou môle tubaire consécutif à grossesse isthmique de 4 semaines (dernières règles, 15 septembre 1896 ; hémorrhagie depuis le 11 octobre).— Salpingectomie gauche. Résection d'un kyste de l'ovaire gauche et de ce qui reste de l'ovaire. Toilette. Suture. Sortie 28 novembre. — L'exploration du Douglas et des ligaments pendant l'opération a permis de constater l'absence de toute infiltration périmétrique.— L'examen histologique a montré des villosités choriales avec épithélium bien conservé.— Longue description et figures des coupes. Salpingite catarrhale chronique.	
2 ans.	10 août 1892, laparotomie. Trompe droite non rompue, mais petit fragment de tissu placentaire sortant de l'extrémité frangée (avortement tubaire).— L'opération achevée, nous trouvâmes le petit embryon entouré de liquide transparent dans le sac amniotique intact à l'intérieur de la trompe (âge ?).	Guérison.
[illegible] ans.	Laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* du volume du poing, rompue. Fœtus non macéré de 13 à 14 semaines (Falk). Tamponnement du Douglas.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
42. — A. A. LINDEBLOM. *Mittheil. aus d. gynäkol. Klinik. zu Helsingfors*, t. II, H. 2 et 3, Berlin (2e cas d'Engström). 35 ans ; mariée à 22 ans. 5 enfants vivants à terme ; suites normales.— Le dernier accouchement en décembre 1892 ; s'est levée le jour même.—En octobre 1894 soignée 2 mois pour douleurs iliaques droites. — Vue en 1895 à la policlinique d'Engström pour rétroflexion, endométrite et oophorite droite. — Le 8 mai 1895, abrasion de la muqueuse et vagino-fixation à la Mackenrodt. Amélioration rapide.	Laparotomie le 3 mars 1896 pour grossesse tubaire *gauche* rompue avec hématocèle rétro-utérine (dernières règles, 3 à 5 décembre 1895 ; première crise douloureuse, 22 décembre ; le 24, nouvelle crise, syncope, transport au lit, péritonite.) — Ovario-salpingotomie gauche ; la trompe gauche rompue renferme une môle noire où l'on a trouvé des villosités ; corps jaune dans l'ovaire gauche. — La *trompe et l'ovaire droits* sont environnés de solides adhérences qui semblent ne pouvoir être détruites sans violence. — Toilette sèche. Suture. — Sortie guérie le 17 mars. — Bien réglée depuis.

VI. — **Diagnostic opératoire ferme**

43. — ROBERT NICAUD. *Histoire mémorable de deux étranges accouchements d'une femme de Montluçon en Bourbonnais.* Paris, in-12, 1644. (Reproduit *in-extenso*, dans le rapport cité de M. Varnier, p. 303.) 40 ans ; nullipare.	Conçut pour la première fois au mois de mars 1639. En juillet, mouvements de l'enfant. Attendait sa sortie à la fin du mois de novembre. — N'étant point accouchée fin janvier, appelle Robert Nicaud qui diagnostique rétention du fœtus mort depuis longtemps dans son ventre. — Un abcès s'ouvre à l'ombilic ; fistule. — Le 16 avril 1640, le chirurgien incise l'abdomen à 4 doigts au-dessus de l'ombilic, à l'endroit où le crâne pressait le plus. En quelques jours, tous les os furent tirés par là. — Guérison.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
2 ans et 4 mois.	Le 9 juillet 1898, laparotomie pour grossesse tubaire *droite* rompue avec hématocèle rétro-utérine (dernières règles, fin mai ; 17 juin, hémorrhagie et douleurs ; 26 juin, crise douloureuse forçant à prendre le lit). — Ovaro-salpingotomie droite ; la trompe est épaissie dans toute sa longueur et rompue au voisinage de l'infundibulum ; elle renferme une môle noire où on trouve des villosités choriales. Corps jaune dans l'ovaire droit.	Guérison.

pour les deux, sans localisation.

ans.	En mai 1642, devient derechef enceinte. Faux travail au commencement de janvier 1643. — A la mi-août, l'appétit s'abat, les forces s'affaiblissent ; fièvre lente, évacuations purulentes par l'ombilic. — En septembre, ouverture du ventre en l'hypocondre gauche où il semblait qu'un tas d'os mal assemblés pressait davantage. Extraction de tous les os.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
44.— JACQUES NOIER ou mieux MANIALDUS STEPH. in JAC. PRIMEROSII. D. M. *De mulierum morbis et symptomatis*, liv. IV, p. 316. Roterodami, 1655, in-4°. (Traduite in extenso dans *Comptes rendus de la Société d'obst., gyn. et péd. de Paris*, t. II, p. 301.) 30 ans ; 7 grossesses antérieures, la dernière double.	Première grossesse anormale (extra-utérine) en mars 1591 ; terme, faux travail, mort et rétention du fœtus.
45.— G. EKEHORN, d'après l'analyse de LÉOPOLD MEYER, dans *Jahresbericht de Frommel*, t. IX, p. 585 et 596. (L'original serait dans *Hygiea*, t. LVII, n° 4, p. 376-385.) Mariée 10 ans ; 1 enfant mort et 4 vivants. (1) *Hygiea*, 1887.	En 1885-86, grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu' terme ; faux travail ; rétention du fœtus mort. Expulsio d'os par le vagin et de pus par l'ombilic — Incision et extrac tion par Wallmark (1) d'un fœtus décomposé. On ne trou pas de placenta. — La fistule ne se ferme qu'en mai 1888.
46.— CHAPOT-PRÉVOST, 1900. *Comptes rendus de la Socité d'obst., de gyn. et péd. de Paris*, t. II, p. 296, 7 décem- 1900. Rapport de H. VARNIER. Mariée 1 an ; 2 avortements (sans détails).	En 1894-95, grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu terme (?) ; 23 mars 1895, faux travail suivi de mort et rétention du fœtus. Extraction par laparotomie, le 18 ao 1895, d'une fille de 1,640 grammes, placenta 150 gramme Suites normales.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
3 ans après.	Neuvième grossesse qui eut le sort de la précédente. Début en mai 1594. Au 8e mois, faux travail; consécutivement, abcès abdominal qui perce en juin 1595.—2 août, issue d'un os.— Jacques Noier, appelé, élargit l'ouverture par une incision et, à l'aide de pinces, retire os à os le fœtus tout entier. Restait la tumeur de *gauche* renfermant le produit de la dernière conception.— Le 20 août, gastrotomie en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Bordeaux ; incision sur la partie proéminente de la tumeur à l'endroit correspondant à la tête, puis le fœtus est extrait membre à membre et la plaie réunie par 5 points de suture.	Guérison.
5 ans.	D'octobre 1891 à août 1892, grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à terme ; faux travail ; rétention du fœtus mort.— Pendant l'été de 1893, après choc du ventre contre une chaise, réouverture de la fistule. Incision du sac par la paroi abdominale antérieure. Extraction d'un fœtus putréfié. « L'auteur regrette que la nécessité de terminer hâtivement l'accouchement n'ait pas permis un examen complet. Il pense que le diagnostic : grossesse tubo-utérine récidivée, a pour soi la plus grande vraisemblance. »	Guérison.
1 an et 1 mois.	Dernières règles en mars ou avril 1896. Grossesse évoluant normalement jusqu'au 7 novembre, où après faux travail, les mouvements du fœtus cessent d'être perçus. Laparotomie le 13 décembre et extraction d'un garçon de 1,320 grammes, bien conservé dans un kyste contenant du liquide ressemblant à du café. Placenta de 558 grammes, inséré sur l'ovaire et la trompe *droite*.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
	VII. — Diagnostic opératoire ferme des deux grossesses
47. — MACKENRODT. *Centr. f. Gynæk.*, 1892, nº 7, p. 123, et *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, p. 301, 1892. 32 ans; mariée depuis 7 ans. 2 accouchements normaux les 3 premières années; 1 avortement et plus rien; date (?).	En mai 1890, les règles ne viennent pas; en juin, hémorrhagies irrégulières et violentes douleurs dans le côté *droit*. Fièvre jusqu'à 40º. Le médecin diagnostique grossesse extra-utérine *droite*; la patiente refusa de se laisser opérer. Guérison lente. Ne put quitter le lit qu'en août. — Reste atteinte de péritonite chronique empêchant tout travail. — Depuis octobre 1890, menstruation régulière.
48. — GALABIN. *Brit. medic. Journ.*, 18 octobre 1892, p. 732. 29 ans; mariée depuis 10 ans. 5 grossesses; 1re, 4e et 5e, accouchement à terme; 2e, avortement; 3e, accouchement prématuré. Dernier accouchement il y a 4 ans. Bien réglée.	Dernières règles en avril 1891; en juin, obligée de garder le lit pour douleurs abdominales, surtout pendant défécation; fin juillet, réapparition de l'écoulement sanguin. — Constatation le 7 août, à côté d'utérus normal un peu moins mobile et à *gauche*, dans le ligament large, d'une masse grosse comme une orange. — Laparotomie décidée puis remise pour diverses causes. — Menstruation régulière depuis fin juillet.
49. — H. T. BYFORD. *Americ. Journ. of Obst.*, t. XXVIII, p. 269, 1893. 42 ans; mariée depuis 25 ans. 2 enfants; le dernier 12 ans.	Il y a 7 ans (1885), retard de 6 semaines, puis, le 23 octobre hémorrhagie et douleurs à plusieurs reprises. Au lit jusqu'à fin décembre. — Un médecin prescrivit l'ergot qui lui fit rendre quelque chose par l'utérus.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
	ectopiques alternées, à l'opération de la deuxième.	
15 mois.	En septembre 1891, les règles ne viennent pas. — A la fin d'octobre, après arrêt des règles de 8 semaines, hémorrhagies irrégulières, douleurs à *gauche*, fièvre jusqu'à 40°,5. Bref, même tableau qu'en 1890. Diagnostic *id.* — Laparotomie par Mackenrodt, qui extirpe successivement : 1° la trompe gauche gravide qui se rompit pendant l'opération, grossesse reconnue macroscopiquement et au microscope ; 2° un kyste abdominal limité par les anses intestinales adhérentes et en communication avec un rudiment de trompe droite ; dans la cavité se voient, libres ou adhérents, des petits os fœtaux. On ne retrouve pas l'ovaire.— Extirpation de la trompe.	Guérison.
5 mois.	Laparotomie le 26 février 1892 (dernières règles, fin décembre 1891) pour symptômes de rupture survenus le 25, d'une grossesse tubaire *droite*. — Hémorrhagie intra-péritonale. A gauche, trompe gravide du volume d'une mandarine, présentant près de son extrémité externe close une déchirure récente obstruée par des caillots. A la section on y trouve un œuf apoplectique dont la cavité amniotique est occupée par un embryon de 6 centim. de long. Décollement des adhérences. Excision des annexes. A droite, trompe distendue par du sang, non rompue et close à son extrémité abdominale. A la section on y trouve une môle tubaire avec cavité amniotique, mais sans embryon.— L'examen histologique, fait par Bland Sutton, y montre des villosités choriales.	Guérison.
2 ans.	Il y a 5 ans, même maladie et hématocèle. Soignée constamment depuis pour maladie des annexes. — Il y a 3 mois, attaque de pelvi-péritonite avec grosseur dans le Douglas. Ponction du Douglas, issue de 5 onces environ de sang. — Laparotomie. Utérus et annexes adhérents entre eux et à l'intestin. Hémato-salpinx à droite, hydro-salpinx à gauche. — A droite et à gauche, un sac renfermant chacun un fœtus momifié. — Drainage 30 heures.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
50. — TOIVO FORSSTRÖM. *Finska Läkaresalls-kapets Handlingar*, t. XXXVIII, n° 9, p. 739-50, 1896 et *Mittheilungen aus der gyn. Klinik des Pr. O. Engströms in Helsingfors*, t. I, H. 1, p. 135. Berlin, S. Karger, 1898. 32 ans ; 1 enfant 10 ans ; suites normales. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.	En 1894, aménorrhée de 6 ou 7 semaines, puis perte de 4 semaines accompagnée de douleurs violentes dans la fosse iliaque *gauche* ; 3 semaines de lit. — Quelques mois après, rétablissement des règles sans douleur.
51. — J. M. DUFF, d'après l'analyse de LÉOPOLD MEYER, dans *Jahresbericht de Frommel*, t. IX, p. 585, 1896 et *l'Americ. Gyn. and Obst. Journal*, t. VI, p. 515. L'original serait dans *Cincinnati Lancet clinic*, 29 décembre 1894. (N'existe pas à la bibliothèque.) Nullipare. Mariée depuis 5 ans.	Des signes de grossesse s'étant montrés après 5 ans de stérilité, une tumeur existant au voisinage des annexes *gauches*, une grossesse extra-utérine est diagnostiquée à 2 mois environ et l'opération refusée. Douleurs et collapsus subits. Expectation. — La tumeur diminue.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
2 ans.	Laparotomie le 30 juin 1896 pour grossesse tubaire *droite* rompue (dernières règles, mi-avril; 1ers phénomènes, perte, douleurs, le 6 juin).— Salpingotomie droite et ovaro-salpingotomie gauche. — La trompe droite, contournée, augmentée de volume dans toute sa longueur, forme au niveau de l'ampoule une cavité de 3 centim. de diamètre renfermant un caillot noir en partie adhérent où on trouve au microscope des villosités choriales. — La trompe gauche, épaissie et un peu tortueuse, renferme dans sa portion ampullaire fermée et adhérente un squelette fœtal.	Guérison.
8 mois (5 mois après avortement intercalaire de 9 semaines).	Laparotomie (10 semaines après suspension des règles) pour grossesse tubaire *droite* sur le point de se rompre; petit fœtus renfermé dans ses membranes. — On trouve à gauche un sac fœtal attaché à la trompe et renfermant du tissu placentaire.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
52. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVII, p. 144. *Soc. Obst. et Gynéc.*, Berlin, 12 mars 1897. 25 ans ; 1 accouchement antérieur il y a 4 ans.	Aurait eu vers le mois de septembre 1896 une grossess tubaire *droite* n'ayant donné lieu à aucun symptôme (?).
53. — J.-H. FERGUSON. *Edinb. Med. Journ.*, fév. 1899. 29 ans ; 2 accouchements. 1er à terme, épaule, mai 1891 ; 2e prématuré, à 7 mois, 2 ans auparavant (février 1892).	Les règles, régulières, manquent en janvier 1894 ; apr 4 mois d'aménorrhée, brusquement, violente douleur d ventre à *droite* et hémorrhagie utérine. Se trouve fort m pendant plusieurs semaines (cataplasmes, etc.), puis rétablit.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
3 mois.	Laparotomie le 25 février 1897 par Martin, pour grossesse extra-utérine diagnostiquée (menstruation suspendue depuis fin décembre ; pertes irrégulières et douleurs depuis quelques semaines).— Sang vieux dans le ventre. — Dans la trompe *droite*, dont l'ostium et l'isthme sont normaux, tumeur du volume d'une prune (sans autres détails).— Dans l'ampoule de la trompe gauche, œuf de 2 mois environ en place, entouré de sang, faisant saillie par l'ostium.— Extraction de la trompe et de l'ovaire *gauches*.— Comme l'ovaire droit est normal, Martin extrait de la trompe droite les débris d'œuf, suture la brèche et remet en place les annexes droites restaurées.	Guérison. « L'examen des deux œufs permet de reconnaître que celui du côté droit s'est développé le premier, vraisemblablement il y a 6 mois (sans symptômes). La trompe gauche est vraisemblablement devenue gravide après Noël 1896 ; c'est elle (avortement tubaire) qui a causé l'hémorrhagie intra-péritonéale ».
1 ans.	Le 19 avril 1898, laparotomie pour grossesse tubaire *gauche* non rompue de 3 mois environ (dernières règles, janvier), diagnostiquée le 11 avril, au cours d'un examen provoqué par rétention d'urine et suivi de l'expulsion d'un fragment de caduque type.— Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches et d'une tumeur du côté droit reliée par un mince pédicule à la trompe droite développée en hydro-salpinx. Le contenu de ladite tumeur était un lithopédion de 4 mois. — Extirpation des annexes droites, l'ovaire étant kystique.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
54. — J. EDGAR. *Edinb. Med. Journal*, juillet 1899, p. 35. 33 ans ; 4 accouchements normaux ; le dernier 4 ans.	Après aménorrhée de 7 semaines, en mai 1896, et signes de grossesse : douleurs de ventre, surtout à *droite*, collapsus, tension iliaque droite, perte utérine de 4 semaines.
55. — J. WEIL. *Prag. medizin. Wochenschr.*, 1899, n° 1, p. 1. 33 ans ; mariée depuis onze ans. 1 accouchement à terme il y a 11 ans ; délivrance artificielle pour adhérences ; à la suite, 2 mois malade. Depuis 3 ans, traitée pour rétroversion fixée et catarrhe cervical. Cautérisations au chlorure de zinc.	Le 7 juin 1897, les règles viennent normalement et manquent en juillet. A la mi août, un matin, vers 4 heures, brusque envie d'uriner ; se lève et en se recouchant éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre ; perd du sang et tombe en faiblesse. Un médecin appelé en hâte dut lui faire quelques piqûres d'éther. Revient à elle après une demi-heure. Ballonnement du ventre ; palpitations ; respiration accélérée ; se sent mourir. — Se remet peu à peu. — 8 jours après, expulsion d'une *peau* que le médecin examina. *Il pensa qu'il s'agissait d'une grossesse en dehors de l'utérus*. Ictère et coloration brune de l'urine. — Se lève 2 semaines plus tard. — Guérison rapide.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
mois.	Le 28 octobre, après aménorrhée de 2 mois et signes de grossesse : brusquement, douleurs abdominales, surtout à *gauche;* 7 syncopes ; hémorrhagie utérine suivie d'expulsion de membranes le 30. — Toucher : à gauche, près de l'utérus, tumeur du volume d'un œuf de poule. — Laparotomie le 22 novembre et double salpingo-oophorectomie. Rupture d'un kyste fœtal tubaire *gauche* de 3 cent sur 2 cent. 1/2 à 2 cent. 1/2 de l'extrémité frangée. Pas d'embryon, mais villosités. Corps jaune dans l'ovaire gauche. Trompe droite également rompue (grossesse de mai), à 15 millim. de son extrémité utérine ; en ce point, caillot plus épais et plus ferme qu'à gauche. Il y a un pavillon accessoire ; l'extrémité abdominale est perméable. On trouve les caractères d'un œuf en voie de résorption. Ni dans une trompe ni dans l'autre il n'y a de signes de salpingite.	Guérison.
mois.	Laparotomie le 5 mai 1898, la femme n'ayant plus de pouls, pour grossesse tubaire *gauche* rompue à la fin du 2e mois (dernières règles, commencement de mars ; rupture le 5 mai). — Ablation du sac fœtal tubaire gauche, du volume d'un œuf de poule (portion ampullaire), adhérent, rompu, et de l'œuf, de 3 cent. de long (translucide, où l'on voit le fœtus nageant dans l'amnios), qui est tombé dans le ventre avec le sang. Corps jaune récent dans l'ovaire gauche qui, tout à fait sain, est laissé. En enlevant la trompe droite, partout adhérente, et qui porte un renflement gros comme un œuf de poule dans sa région ampullaire, on en voit sortir, par l'ostium abdominale déchiré, un fœtus momifié de 3 cent. de long, sur lequel on peut reconnaître aisément la tête et les extrémités. — Suture. — Au bout de 4 jours, ictère sans décoloration des matières fécales. — Sort guérie au bout de 4 semaines.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
	VIII. — Diagnostic opératoire ferme desd
56. — H. C. CŒ. *Americ. Journal of Obst.*. t. XXVII, p. 855, 1893. (Traduction in extenso dans *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, t. II, p. 312 à 317, 2 fig.) 41 ans ; mariée depuis 22 ans. 2 enfants, le dernier 18 ans. 1 avortement entre les deux.	6 ans après la naissance du dernier enfant (il y a 12 a manque 2 périodes menstruelles; se croit menacée de fa couche (douleurs et perte). Les médecins appelés à c époque disent avoir trouvé, par l'examen bimanuel, tumeur à droite de l'utérus jugé vide. Pelvi-péritonite. 5 mois après leur disparition, les règles reviennent. No examen. La tumeur juxta-utérine persiste à droite, gr comme une orange elle reste froide et telle quelle 10 — Les 2 années après, règles régulières mais très dou reuses. Alors, d'après le dire de la patiente, elle man encore plusieurs périodes, et durant ce temps, elle eut symptômes de grossesse et une autre attaque de périto Fut examinée par plusieurs médecins de Philadelphie : de diagnostic positif. — Depuis, santé excellente et m truation régulière, sauf dysménorrhée.
	IX. — Diagnostic opératoire ferme pour la prem
57. — LAWSON TAIT. *Brit. medic. Journal*, 1888, t. I, p. 1001 et 1002. 25 ans. (1) *British medic. Journal*, 19 décembre 1885.	Laparotomie par L. Tait, le 11 mai 1885, pour rupture d trompe *droite* gravide d'environ 3 mois ; placenta et fo en partie engagés dans l'ouverture. — Extirpation d trompe droite. — Guérison rapide (1).

NTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS

ême trompe) à l'opération de la deuxième.

ss.	Laparotomie par Cœ, le 7 décembre 1892 (dernières règles, 1er septembre), pour kyste dermoïde supposé. Vu l'excellence de l'état général, Cœ ne crut pas à une grossesse extra-utérine rompue le 4 novembre (diagnostic du médecin traitant). — A l'ouverture du ventre, épiploon et intestin adhérents. Sang fluide et vieux caillots. Derrière le ligament large *droit* : 1° un sac non rompu du volume d'une orange, entièrement rempli d'os fœtaux ; 2° un fœtus vivant entre 3 et 4 mois, (9 centim. du coccyx au vertex) flottant au milieu du sang fluide et coagulé, rattaché par son cordon à un second sac situé au-dessous du premier. — Extirpation de la trompe et de l'ovaire gauches adhérents et de la masse annexielle droite. — Irrigation, tamponnement, drainage. — Examen des pièces par Withridge Williams. Rapport détaillé. — Le vieux sac est celui d'une grossesse extra-utérine remontant à 12 ans et ayant évolué jusqu'au 3e mois. — La seconde période d'aménorrhée, 2 ans après la 1re, avec retour des mêmes symptômes, spécialement ceux de grossesse, est difficile à expliquer. Il semble incroyable qu'il y ait eu 3 grossesses ectopiques du même côté, comme quelqu'un en a suggéré l'hypothèse. Mais si deux sont possibles, pourquoi pas trois ? La seconde peut avoir été un avortement tubaire sans hémorrhagie profuse.	Guérison.

atomo-pathologique ferme pour la deuxième.

ns 9 mois accouchement normal à terme intermédiaire, 15 mois après l'opération).	Le 9 mars 1888, morte en 4 heures de rupture de grossesse extra-utérine de 4 mois (observation et autopsie du docteur Withcombe).	Morte non opérée. Examen des pièces par L. Tait. Grossesse tubaire interstitielle *gauche* rompue. La cavité dans laquelle se trouve le fœtus est séparée de la cavité utérine par une épaisse cloison de tissu utérin. La trompe gauche s'ouvre dans cette cavité. La rupture siège à la partie supérieure et postérieure de la corne gauche de l'utérus.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
	X. — Diagnostic anatomo-pathologiq
58. — VARNIER et MANGIN. *Journal de médecine*, t. LXV, p. 29, 1785. (Reprise in extenso dans *Comptes rendus de la Société d'obst., gyn. et péd. de Paris*, t. II, p. 305. —H. VARNIER. Rapport sur une observation de récidive de grossesse ectopique.) Multipare ; 12 enfants.	Parut devenir enceinte à 42 ans et les signes de la gross se développèrent ensuite, sans accident, jusqu'à la fin 9e mois. — Faux travail. — Diagnostic : enfant hors voies naturelles. — Abstention. — Guérison.
59. — OULMONT. Thèse d'agrégation de MOREAU, Paris, 1853, p. 110 : *Des grossesses extra-utérines*. 31 ans ; nullipare.	Aucun renseignement.
60.— F. WINCKEL. *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1888, t. II, p. 82, et *Lehrbuch der Geburtshülfe*. — Leipzig, 1889. (Fig. 57 et 61, p. 263 et 270.)	En 1885, arrêt par injection de morphine d'une gross tubaire *droite*.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
terme pour les deux (autopsie).		
8 mois.	18 mois après l'époque où aurait dû arriver le premier accouchement, elle sentit de nouveau des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; perte de plusieurs jours. — Aucune suite. — Ventre reste gros. — Santé parfaite jusqu'à 75 ans.	Morte à 75 ans. — A l'autopsie : lithopédion flottant à l'hypogastre, adhérent aux intestins. Garçon à terme, 5 livres 1/2. — A
	gauche de l'utérus, corps de la grosseur d'un œuf de poule contenant un fœtus de 2 mois environ dont il ne restait que les os (cause des douleurs et de la perte survenues 18 mois après les premières). — Les trompes, les ovaires étaient dans l'état naturel.	
...lusieurs années.	Dernières règles : janvier. — Fin mars, douleurs hypogastriques et perte légère, caillots ; un médecin aurait cru à fausse couche. — Entrée et morte à la Salpêtrière le 7 avril.	A l'autopsie, 36 heures après la mort, on trouva que la mort avait été produite par la rupture d'un kyste du volume d'une pe-
	tite orange (7 cent. sur 6) avec une ouverture de 1 franc, placé dans le pavillon de la trompe *droite* et contenant un fœtus de 3 mois (6 cent. de long). Une seconde tumeur close existant à l'extrémité de la trompe *gauche*, sur le pavillon, et plus petite que celle du côté droit (volume d'un œuf), contenait un petit fœtus reconnaissable aux extrémités inférieures très apparentes, à un membre thoracique, celui du côté gauche, et au cordon ombilical naissant de la partie inférieure de l'abdomen ; ce deuxième fœtus était acéphale, long de 4 cent. Le placenta, situé au côté extérieur de la tumeur, est réuni au fœtus par un petit filament. — M. Oulmont l'attribua à une conception datant de plusieurs années auparavant.	
...ans.	En 1887, arrêt par injection de morphine d'une grossesse tubaire *gauche* de 4 mois. — Caduque expulsée au 3ᵉ mois.	Morte d'hématémèse en mai 1887. — A gauche, grossesse tubaire de 4 mois.
	Longueur du fœtus, 17 cent. 1/2 ; longueur jusqu'au siège, 12 cent. 3/4 ; jusqu'à l'ombilic, 11 cent. Diamètre du crâne, 5 ; 3,3 ; 2,8 ; 4 1/2 ; 5 1/2. Circonférence, 13,3. Longueur de l'utérus, 10 cent. — Dans la trompe droite, os fœtaux.	

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
	XI. — Diagnostic opératoire ferme pou
61. — LEOPOLD MEYER. Auto-analyse im *Jahresbericht de Frommel*, t. IV, p. 118, 1891. d'après *Hospitals Tidende*, 3 R., t. VIII, n° 27, p. 677 à 682. ?	Laparotomie le 10 décembre 1887 pour grossesse tubo-abd minale *gauche* rompue; fœtus de 5 mois. — Extirpation annexes gauches. — Guérison.
62. — HENRI VARNIER. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.* T. II, p. 258, 1900. 1er accouchement, 1893, prématuré, enfant macéré. — 2e accouchement, 1894, à terme, enfant vivant. Suites normales. — 3e avortement, automne 1898.	Le 3 octobre 1899, laparotomie pour grossesse tubaire dr ampullaire rompue. (Dernières règles, 7 à 13 **août**. — 1re c douloureuse 1er septembre. Crise syncopale, 14 septem Ecoulement noir le 24. Expulsion d'une caduque le Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Villosité double revêtement. — Annexes gauches trouvées norm et laissées. Drainage. Guérison après infection légèr long du trajet du drain et poussée de pelvi-périto plastique. Menstruation rétablie le 20 novembre.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
première, clinique ferme pour la deuxième.		
9 mois.	Au commencement de septembre 1888, elle ressentit des douleurs abdominales qui reparurent le 6 septembre et furent suivies d'écoulement sanguin par le vagin. — La trompe *droite* parut à l'examen saine et suivie d'une tumeur de la grosseur d'une noix. — 2 jours après l'examen, brusquement, collapsus, douleurs violentes, mais aucun signe d'hémorrhagie interne. — Environ 1 mois après, le 25 octobre 1888, de nouveau écoulement sanguin par le vagin ; dans la nuit suivante, Leopold Meyer est appelé ; tous les signes d'une hémorrhagie interne. — L'état s'améliore peu à peu ; il se forma une grosse hématocèle qui peu à peu se résorba. — 3 jours après l'ictus, expulsion d'une membrane qui, tant au point de vue macroscopique que microscopique, offrait tous les caractères d'une *caduque* de grossesse.— L'auteur croit, en conséquence, à une grossesse extra-utérine du côté droit.	Guérison.
mois	Le 5 mai 1900, après retard de quelques jours (dernières règles 29 mars au 4 avril), crise douloureuse *à gauche* ayant les « mêmes caractères que celle de l'automne dernier ». — Nouvelle crise le 6 mai. — Fièvre. Pelvi-péritonite. — 9 mai, écoulement de sang noir. — Nouvelle crise, tranchées. — 12 mai, expulsion d'une *caduque*. — Amélioration rapide. Fin de l'écoulement sanguin le 16 mai. — Réapparition des règles le 5 juin. Levée et sortie le 15 juin.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
XII. — Diagnostic opératoire ferme pour la première, clinique	
63. — R. FROMMEL. *Deutsche medicin. Wochenschr.*, 1890, n° 23, p. 494. 33 ans ; 1 accouchement antérieur, 10 ans. Rétroflexion post-partum. (1) *Aerztliches Intelligenz-Blatt. Münchener medic. Wochenschr.*, 31° année, 19 février 1884.	Le 29 octobre 1883 (1), laparotomie pour grossesse tubaire *droite* intra-ligamentaire de 4 mois, environ 10 jours après la mort du fœtus ; suture du sac putréfié à l'angle inférieur de la plaie et incision ; extraction du fœtus macéré ; drainage par le vagin et la plaie ; délivrance par fragments en 3 semaines. — Extraction du drain après 4 semaines. — Guérison. *Annexes gauches normales.* — Sort au bout de 6 semaines avec plaie granuleuse en cratère de la largeur d'une pièce de 5 marcs
XIII. — Diagnostic cliniqu	
64. — GABRIEL KING. *Medical Essays and observations, published by a Society in Edinburg*, vol. V, 1re partie, p. 362, 3e édit. ; Edinburg, 1747. Multipare.	En 1726, se croit de nouveau enceinte. Mais le terme passa sans que se montrassent les douleurs du travail. Les sages-femmes de la contrée conclurent qu'elle n'avait pas d'enfant. Le ventre diminua. — Quoique restée maladive peut reprendre ses occupations.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
…terme pour la deuxième (localisation de la deuxième douteuse).		
…ans.	Après retard de 8 semaines (1887), revenant de chez son médecin, signes de rupture ; collapsus. — Le lendemain, expulsion d'une *caduque* examinée histologiquement ; le médecin, qui avait examiné la malade 10 minutes avant l'ictus, trouve ce jour une tumeur rénitente, élastique, de formation récente, remplissant le bassin et refoulant l'utérus en avant et en haut. — 4 semaines après, nouveaux symptômes d'hémorrhagie interne et augmentation de la tumeur. Peu après, Frommel constate hématocèle rétro-utérine. — Guérison lente. — Dans ce cas, il n'y a aucun doute, dit-il, qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire récente *gauche*, « car la trompe droite avait été détruite par la grossesse précédente ».	Guérison.
…rme pour les deux.		
…ans.	Nouvelle grossesse. A la fin du 8e mois, douleur extraordinaire dans la paroi antérieure du ventre. Ouverture d'un abcès à l'ombilic ; apparition d'un coude d'enfant, auto-extraction et section d'un bras entier.— Après quelques jours, un laquais du voisinage, sa connaissance, extrait le reste du corps de l'enfant, à terme, dernier conçu. — King la voit 3 semaines après ; plaie presque fermée. A une petite distance à gauche, il sentit de petits os sous son doigt qui semblaient contenus dans une poche mince. La malade lui montra quelques os macérés de fœtus rendus partie par le fondement et partie avec l'urine ; elle en rendait tous les jours (1er fœtus, dissocié ou désagrégé pendant les 6 ans qu'il demeura dans le ventre). — Guérison. — Survie de 7 ans avec énorme éventration.	Guérison.

AUTEUR, SOURCE ET ANTÉCÉDENTS	PREMIÈRE GROSSESSE ECTOPIQUE
65. — GALLAY. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Paris, 1836-1837, 4e année, t. II, p. 243. — Reprise in extenso, comme la précédente, dans *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, t. II, p. 307. — H. VARNIER. Rapport sur une observation de récidive de grossesse ectopique. Jeune femme d'une santé parfaite, récemment mariée.	En 1829, peu de temps après son mariage, grossesse qui à terme ; faux travail. — Après un temps assez long que ne puis déterminer, accidents péritonéaux et expulsion l'anus d'un os suivi successivement de tous les autres d fœtus de 9 mois. — Guérison parfaite.

INTERVALLE	DEUXIÈME GROSSESSE ECTOPIQUE	OBSERVATIONS RÉSULTATS
5 ans.	En 1834, nouvelle grossesse ; mouvements fœtaux constatés par le médecin. Cependant les organes gestateurs, explorés, parurent neutres. Cessation des mouvements fœtaux peu après le 5e mois. — A peu de temps de là, fragments de fœtus rendus par le fondement comme la 1re fois (1).	Guérison.

(1) Voir p. 222 le *post-scriptum*.

POST-SCRIPTUM

En corrigeant les épreuves de cette statistique, nous recevons (3 mars 1901) le tirage à part d'un mémoire *Sulla gravidanza tubarica recidivante* lu au Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie, tenu à Naples, du 20 au 22 octobre 1900 (1), et dont nous ne possédions jusqu'ici qu'un résumé paru dans le n° 5, t. III, des *Archivio italiano di ginecologia*, du 31 octobre 1900, p. 474 (2).

Pestalozza y a relevé 111 indications bibliographiques, dont 96 vérifiées, ayant trait à la question. Malheureusement il s'est borné, pour chaque cas, à un résumé si écourté que son relevé ne peut servir à l'étude des différents points que nous avons abordés.

On trouvera parmi ces 111 cas, outre tous les nôtres (sauf 13 : V, X, XVII, 10, 11, 16, 23, 26, 43, 45, 46, 48 et 62), l'indication de 31 nouveaux cas, la plupart publiés en 1900, et pour lesquels il faudrait, avant de les pouvoir utiliser, refaire le même travail d'analyse et de critique que nous venons d'exécuter sur une centaine. J'y reviendrai à propos du traitement, question ici réservée. — H. V.

(1) Soit une quinzaine après l'ouverture de la discussion à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* (5 octobre 1900).

(2) Voir thèse de SENS, p. 76.

FOIE POLYKYSTIQUE CAUSE DE DYSTOCIE

Association de la dégénérescence kystique du foie et des reins chez un fœtus affecté de malformations multiples

Par MM. **Porak** et **Couvelaire** (1).

Nous avons l'honneur de vous présenter une observation recueillie à la Maternité, ayant trait à un cas de dystocie par excès de volume du ventre du fœtus. La cause de cet excès de volume était un foie polykystique, renfermant 350 grammes de liquide, associé à une dégénérescence kystique des deux reins et à des malformations multiples (exencéphalie, achondroplasie, doigts et orteils surnuméraires, organes génitaux externes rudimentaires...).

Cette observation nous a semblé intéressante à un double titre :

1° La cause de la dystocie (foie polykystique) est exceptionnelle ;

2° L'association de la dégénérescence kystique du foie et des reins, que nous pensons être constante dans la maladie kystique congénitale, au moins histologiquement, se trouve macroscopiquement réalisée.

Et d'abord voici l'observation dans ses traits essentiels :

Observation clinique. — La mère est une femme de vingt ans, primi-

(1) Communication à la *Société d'obst., gyn. et pédiatrie de Paris*, séance du 14 janvier.

pare. Elle a été élevée au biberon. Ne sait pas à quel âge elle a marché; elle n'a jamais été malade.

Ses premières règles datent de 14 ans. Elles ont toujours été irrégulières, peu abondantes, douloureuses, durant trois à quatre jours. Dans l'intervalle des règles, quelques pertes blanches.

Ses dernières règles datent de la fin de février 1900. Sa grossesse a évolué sans incident. Le père serait vigoureux et bien portant. Quant à elle, elle est grande, bien bâtie, ayant toutes les apparences d'une bonne santé. Pas de tuberculose, pas de stigmates de syphilis. Pas d'albumine dans les urines.

Elle entre en travail le 5 décembre 1900, à terme par conséquent, vers 8 heures du matin. Elle arrive à la Maternité, à 5 heures du soir; la dilatation est grande comme une petite paume de main. La poche des eaux est rompue : la femme n'avait pas remarqué qu'elle eût perdu les eaux. On sent dans le vagin une masse molle du volume d'une petite mandarine qui va en s'effilant s'implanter par un pédicule de 2 centim. environ sur une partie fœtale peu volumineuse qui présente des sutures et une fontanelle à quatre branches. Cette tumeur est friable; au cours des examens pratiqués par les élèves, elle se dilacère quelque peu et laisse écouler du sang noir sirupeux. La tumeur et la tête plongent dans l'excavation.

Par le palper, on délimite l'utérus dont le fond remonte à 36 centim. au-dessus du pubis. Le dos semble être à droite. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Le diagnostic porté fut celui d'exencéphalie.

Le travail marche régulièrement; les contractions utérines sont fortes.

A 10 heures du soir, la tumeur entr'ouvre la vulve ; la tête est immédiatement en dedans de l'orifice vulvaire.

A 11 h. 50, malgré des contractions vigoureuses et des efforts énergiques de la femme, les choses sont restées en l'état. Une main fait procidence à droite de la tête, on l'amène à l'extérieur. C'est la main gauche; elle correspond au bras antérieur. Ce bras est court, comme un bras d'achondroplasique. On tire sur le bras, en même temps qu'un aide fait de l'expression abdominale. La tête franchit la vulve artificiellement orientée en mento-pubienne. Le menton et le sous-occiput sont au dehors, mais pas franchement; le cou est tout entier dans le vagin. Le bras postérieur est abaissé; il est, comme l'antérieur, fort

court. On tire sur les deux bras. On amène à grand'peine les régions axillaires à la vulve, mais on sent que le moignon de l'épaule va céder, que la peau de l'aisselle se déchire. On n'insiste pas. On pense immédiatement que l'obstacle à l'extraction est probablement un excès de volume du tronc ou du ventre du fœtus. La main droite est introduite dans la partie gauche du bassin, elle remonte le long du thorax qui va s'évasant très rapidement vers le ventre énorme, très tendu, débordant de partout l'aire du détroit supérieur. Un long trocart est glissé le long de la main. On ponctionne l'abdomen du fœtus au-dessus de la base du thorax : 350 grammes de liquide légèrement vert porracé s'écoulent, et à mesure le ventre et le siège du fœtus descendent dans l'excavation et sont simplement extraits. Derrière eux il ne s'écoule aucun liquide. Tout était fini à 12 h. 45.

Délivrance naturelle et complète. Suites de couches normales.

Examen extérieur du délivre et du fœtus. — Le placenta pèse 750 grammes; il est épais, pâle, œdémateux. Le cordon ne présente rien de bien particulier; il est assez gros.

Le fœtus est long de 40 centim. ; il pèse (non compris le liquide extrait par ponction) 2,450 grammes. Le thorax, peu développé en hauteur, s'évase rapidement au-dessus du ventre qui est énorme. La circonférence maxima de l'abdomen (mesurée après réinjection par l'orifice de ponction d'une quantité de liquide égale à celle qui fut retirée *in utero)* est, à 2 centim. au-dessus de l'ombilic, de 54 centim. L'orifice de la ponction est à 25 millim. de l'appendice xiphoïde au-dessous du rebord costal gauche. La peau du ventre présente quelques suffusions sanguines dans l'hypocondre droit. L'ombilic, légèrement repoussé à gauche du plan médian sagittal, a son aspect normal.

Les membres sont courts, les inférieurs plus que les supérieurs; du pli de l'aisselle à l'extrémité du médius, le membre supérieur ne mesure que 13 centim. ; du pli crural à l'extrémité de l'orteil du milieu, le membre inférieur ne mesure que 12 centim. La radiographie montre une atrophie en longueur de tous les os du squelette des membres : c'est ainsi que sur le cliché obtenu au laboratoire de la clinique Baudelocque (fœtus à plat, le dos sur la plaque, l'ampoule à 50 centim.) les corps osseux du fémur et de l'humérus ne mesurent que 46 millim. La main droite a sept doigts, les trois derniers sont en syndactylie ; la main gauche porte un petit doigt surnuméraire atrophié surajouté au cinquième doigt. Les pieds sont bots avec implan-

tation vicieuse du gros orteil perpendiculairement aux métatarsiens des autres orteils ; tous deux ont un orteil surnuméraire.

Les organes génitaux externes sont malformés. Deux grandes lèvres circonscrivent une gouttière dans la partie supérieure de laquelle fait saillie un petit tubercule sessile haut de 4 millim. dont le sommet est creusé d'un petit orifice de 2 millim. de diamètre, orifice externe de l'urèthre. Le petit tubercule représente la verge.

Le cou est court, gras ; la tête, enfoncée dans la poitrine.

La face est large, tassée. Bec-de-lièvre sans fissure palatine, nez large et aplati. Fentes palpébrales étroites et fermées. Paupières atrophiées cachant des yeux tout petits. Le crâne est très atrophié. Les principaux diamètres mesurés sur le crâne dépourvu de parties molles ont les dimensions suivantes : l'occipito-frontal, 65 millim. ; le bipariétal, 53 millim. La circonférence occipo-frontale mesure 20 centim. La hauteur de la boîte crânienne de la base au sommet de la voûte est de 47 millim. Les deux frontaux sont petits et fuyants. Les pariétaux, tout petits, ont leur forme habituelle. En arrière, on retrouve l'occipital. La fontanelle antérieure est régulière et peu développée. Au niveau de la fontanelle postérieure existe un orifice circonscrit en avant par les angles postéro-supérieurs des pariétaux, et en arrière, par un demi-cercle cartilagineux à concavité supérieure, formant le bord supérieur de l'occipital ; cet orifice circulaire a un diamètre de 25 millim. A son niveau la partie membraneuse du crâne se réfléchit pour adhérer à la peau et former la gaine externe du pédicule de la tumeur qui faisait saillie à l'extérieur. Cette tumeur adhérait au pourtour de la peau ; la ligne de séparation de la tumeur et de la peau est franche La tumeur rouge mollasse était, après l'expulsion, affaissée, aplatie. Sa surface extérieure n'a pas de revêtement cutané, elle est irrégulière. Aplatie, elle n'a plus que 15 millim. d'épaisseur. Sa hauteur est de 70 millim. Au niveau de son point d'implantation, elle a 25 millim. de diamètre transversal ; au niveau de son extrémité libre renflée, elle a 60 millim. de diamètre transversal.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la naissance.

A l'ouverture du ventre, on constate que plus des trois quarts de la cavité abdominale distendue sont occupés par un énorme foie kystique (fig. 1). Ce foie kystique s'est développé en haut, élargissant la base du thorax et refoulant le diaphragme en avant et sur les côtés, faisant saillir le ventre et les flancs, en bas refoulant la masse de l'intestin grêle et le côlon transverse.

L'hypertrophie est régulière, chacune des parties constituantes du



Fig. 1. — Foie polykystique en place. F*d*, lobe droit; V*b*, vésicule biliaire; V*o*, veine ombilicale; F*g*, lobe gauche; *p*, siège de la ponction à gauche du ligament suspenseur; *ct*, côlon transverse.

foie participant d'une façon proportionnelle à l'hypertrophie totale.

Les sillons et encoches sont de ce fait très accentués. L'encoche de la



Fig. 2. — Coupe verticale antéro-postérieure faite à la partie moyenne du lobe droit du foie.

vésicule biliaire est profonde : la vésicule se trouve reportée sur la

face antérieure du foie au lieu d'être cachée sous sa face postéro-inférieure. Le tunnel de la veine ombilicale, d'ailleurs macroscopiquement normale, est long et profond. C'est à la partie toute supérieure du foie, contre le ligament suspenseur et à gauche de lui, qu'a porté la ponction.

Le foie est enlevé : sa face postéro-inférieure apparaît proportionnellement et régulièrement hypertrophiée comme la face supérieure.

Le péritoine hépatique est normal. La surface du foie a une couleur variable suivant les points. Elle est verte, d'un vert olive, tachetée de blanc. Ces territoires blanchâtres sont disposés sous forme de grandes plaques à contours irréguliers ou d'arborisations plus ou moins fines. Les parties vertes répondent aux parties du parenchyme hépatique moins touchées par la dégénérescence kystique ; les parties blanches répondent à la paroi des cavités kystiques.

La plus grande circonférence transversale du foie est de 44 centim. ; le diamètre transverse maximum atteint 19 centim., dont 13 cent. 5 pour le lobe droit. La hauteur du lobe droit du bord tranchant au bord postérieur est de 13 centim. Celle du lobe gauche, de 12 cent. 5. Le lobe de Spiegel mesure 54 millim. dans le sens antéro-postérieur, 38 millim. dans le sens transversal. Du bord droit du foie au premier sillon antéro-postérieur droit, il y a 95 millim. L'épaisseur antéro-postérieure du foie mesurée entre les deux faces est de 55 millim. au niveau du lobe droit, de 54 au niveau du lobe gauche.

La vésicule biliaire blanche est longue de 35 millim., large de 10 millim. Les canaux hépatiques sont légèrement dilatés ; le cholédoque, jusqu'à 8 millim. du duodénum, est ectasié : son diamètre atteint 4 à 5 millim. Les 8 derniers millimètres n'ont que 1 millim. 5 de diamètre. Dans la traversée de la paroi duodénale, il est extrêmement réduit. Toutes ces voies sont perméables. *L'injection poussée par l'orifice de ponction remplit tout le foie, le lobe gauche d'abord, puis le lobe droit, puis la vésicule biliaire et le cholédoque.*

Sur une coupe verticale antéro-postérieure, comme celle qui a été faite à la partie moyenne du lobe droit et qui est représentée par la figure 11, on peut étudier les rapports et les caractères du parenchyme hépatique et des kystes.

Au niveau du bord inférieur et antérieur du foie, le parenchyme hépatique est dense, de consistance ferme. Sa couleur est vert olive la surface de coupe est tachetée de petits îlots de sclérose. Au centre de l'un d'eux on voit un petit kyste de 3 millim. de diamètre. L'épaisseur du foie est de 20 millimètres.

Un peu plus haut, à 2 centim. du bord inférieur, l'épaisseur totale est de 26 millim., dont 15 sont occupés par une cavité kystique haute de 22 millimètres.

A 5 centim. du bord apparaissent les grandes cavités kystiques. Le parenchyme hépatique ne mesure plus en avant que 3 à 4 millim. d'épaisseur; à 9 centim., il a en arrière 9 millim. d'épaisseur; mais, en avant, il est réduit à une mince membrane d'aspect fibreux n'ayant plus du tout les caractères macroscopiques du foie, de 1 millim. d'épaisseur. C'est la région des grands kystes. Ces grands kystes, entourés d'un anneau de sclérose, sont séparés par des cloisons incomplètes. Ces cloisons peuvent être réduites à un simple tractus blanchâtre plus épais au niveau de ses deux points d'implantation qu'en sa partie intermédiaire. La surface interne des cavités est blanche, lisse, irrégulière; les parois sont soulevées par des piliers, par des colonnes de disposition et de volume très variables, rappelant la surface interne des ventricules du cœur.

Tel est l'aspect des cavités kystiques centrales. Celles du lobe droit communiquent avec celle du lobe gauche, mais l'orifice de communication n'est pas très large. Au moment de la section verticale du lobe droit, pratiquée alors que le foie était rempli de solution de formol, le lobe droit s'est vidé immédiatement, le lobe gauche restant distendu par le liquide. C'est seulement en orientant convenablement le foie, l'extrémité gauche en l'air, et en pressant légèrement sur le lobe gauche, que l'on a pu vider ce lobe gauche par la grande ouverture du lobe droit. *Les cavités kystiques des deux lobes communiquent entre elles tout en gardant une certaine individualité lobaire.*

La cavité péritonéale ne renfermait pas de liquide; le péritoine intestinal et pariétal ne présente aucune altération macroscopique.

Le foie étant enlevé, on se rend compte de la profondeur de la loge qu'il s'était creusée à la base du thorax, dont le diamètre transversal atteint 15 centimètres. Le diaphragme, refoulé vers la cavité thoracique, a une surface plus considérable que normalement et une épaisseur également bien supérieure à la normale. Au niveau des piliers latéraux, l'épaisseur est de 6 millim. La région abdominale apparait occupée par la masse intestinale, *la rate, très hypertrophiée,* et deux gros reins polykystiques.

La rate est de consistance ferme; sa coloration est rouge violacé; ses dimensions sont : 91 millim. de hauteur, 43 de largeur, 40 d'épaisseur. Il y a quatre petites rates accessoires du volume d'un grain de mil.

L'estomac a une disposition singulière. C'est un tube de calibre régulier (11 millim. de diamètre) qui continue verticalement l'œsophage, avec un diverticule latéral qui représente le grand cul-de-sac et part de la partie supérieure de l'estomac, perpendiculairement à sa direction, pour aller se fixer par son fond à la rate, au-dessus du hile. Ce diverticule a une longueur de 18 millimètres.

Le duodénum n'a rien de particulier. Son anse encadre la tête d'un pancréas paraissant normal, long de 40 millim., haut de 18, épais de 8.

L'intestin grêle ne présente aucune particularité morphologique; il renferme dans ses deux tiers inférieurs un *méconium vert*. Le cæcum est sous la vésicule biliaire, muni d'un appendice banal. Les côlons transverse et descendant sont distendus au maximum par du méconium. Rien de spécial à signaler du côté des côlons iliaque et pelvien, du rectum et de l'anus.

La masse intestinale étant enlevée, on dégage les reins. Ils sont entourés d'une capsule adipeuse assez développée. Le rein droit a sa forme générale conservée avec bosselures lobaires et sillons interlobaires devenant profonds vers le hile. Il mesure 75 millim. de hauteur, 56 de largeur, 25 d'épaisseur. Le rein gauche est pyramidal, à sommet pointu supérieur; il mesure 88 millim. de hauteur, 73 de largeur, 26 d'épaisseur. On ne voit pas de kystes faire saillie à la surface du rein. Les pédicules vasculaires sont normaux.

Une coupe verticale frontale pratiquée sur le rein droit, par exemple (fig. 3), montre que la surface du rein est criblée d'une infinité de petites cavités kystiques dont les plus grandes ne dépassent pas 4 millim. de diamètre. On ne peut distinguer ni substance corticale ni substance médullaire. La coloration générale est gris-rosé.

Le bassinet a les dimensions de celui d'un rein normal; de sa base, haute de 20 millim., divergent de longs calices étirés. Son sommet se continue avec un uretère perméable.

Les uretères descendent vers la vessie; leur calibre inférieur à l'état normal ne dépasse pas 3 millim., il est régulier.

La vessie est haute de 27 millim., large à sa base de 9 millim.; sa cavité est vide; la muqueuse est blanchâtre, plissée; on voit nettement les orifices urétériques sous forme de petites fentes allongées.

L'urèthre, perméable dans toute son étendue, vient déboucher, après un trajet de 32 millim., par un orifice de 2 millim. de diamètre au

sommet de la petite éminence médiane que nous avons vue entre deux

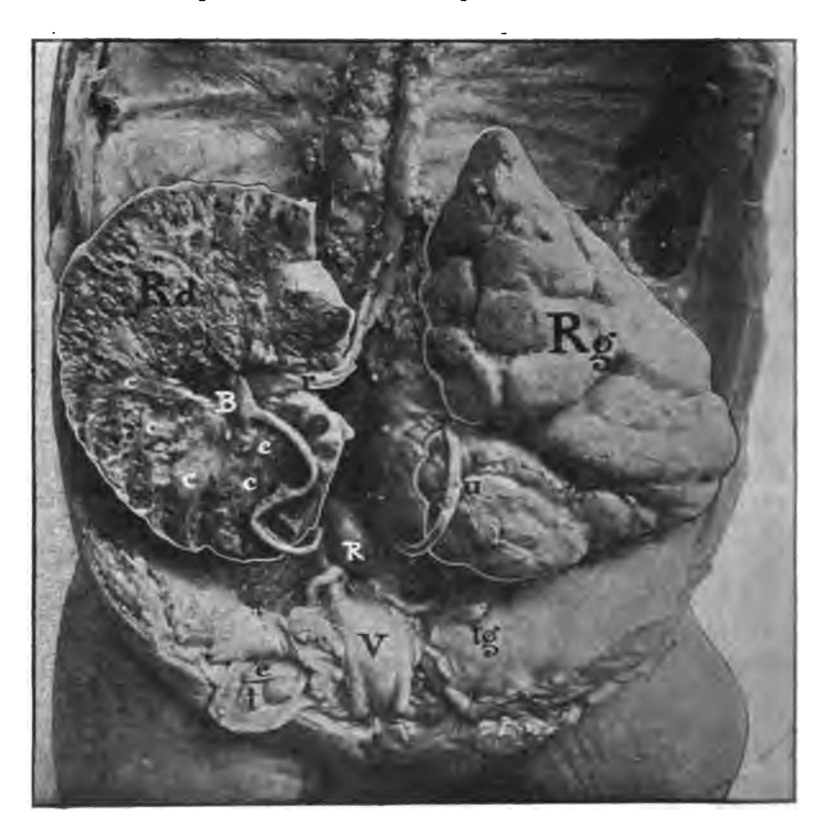


Fig. 3. — Reins polymicro-kystiques en place.

Le rein droit R*d* a été coupé suivant un plan frontal de façon à découvrir le pédicule vasculaire *v*, le bassinet B avec les calices allongés *c c c c*. Le rein gauche R*g* n'a pas été coupé ; de son hile, profondément situé, sort l'uretère *u*, qui descend avec celui du côté opposé de chaque côté du rectum R, vers la vessie V rabattue sur le pubis et flanquée des deux artères ombilicales. Du bas-fond vésical divergent par-dessus les artères ombilicales les canaux déférents. Le testicule gauche *tg* est à l'orifice profond du trajet inguinal. Le testicule droit *t* et son épididyme *e* apparaissent dans une poche, ouverte artificiellement, d'hydrocèle congénitale interstitielle.

grandes lèvres représenter une verge rudimentaire.

Les canaux déférents sont normaux ; à gauche, le testicule est dans l'abdomen, à l'entrée du canal inguinal. A droite, il est dans la paroi abdominale, long de 8 millim., au milieu d'une poche d'hydrocèle congénitale de 18 millim. de diamètre, à parois blanchâtres assez épaisses.

Le plastron sternal est enlevé : on découvre les poumons et le cœur refoulés vers le sommet du thorax de telle façon que les poumons se présentent en avant par leur base et le cœur par la face postérieure de ses ventricules et de ses oreillettes. Ces différents organes ne présentent rien de particulier.

Le cœur est peu volumineux : il a 40 millim. de hauteur, 30 de largeur au niveau du sillon interauriculo-ventriculaire, 18 d'épaisseur maxima au niveau des ventricules.

Le thymus et le corps thyroïde ne présentent rien de spécial macroscopiquement.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas hypertrophiés.

. . . .

Il n'est pas douteux que dans notre observation le foie ait été la cause de la dystocie. Le volume de la rate et des reins, assurément anormal, n'eût pas été suffisant, même associé au volume du gros foie scléreux qui accompagne d'ordinaire la dégénérescence kystique des reins, pour provoquer une dystocie imposant une intervention.

Cette *dystocie par foie kystique* est exceptionnelle. La thèse d'agrégation du professeur Alph. Herrgott (1) n'en renferme aucun cas. Nous n'en avons trouvé que de très rares observations postérieures à 1878.

Il nous a semblé intéressant de rechercher, à l'aide de ces quelques documents épars, quelle place on pouvait assigner au foie dans la dystocie fœtale par excès de volume du ventre, et quelles étaient les variétés de cette dystocie hépatique.

Et d'abord, il nous semble qu'il faille mettre à part et pour ainsi dire en dehors de la question, les observations de Kollsch et de Letulle.

---

(1) A. Herrgott. *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement*. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

Kollsch (1), « appelé près d'une femme pour terminer un accouchement alors que l'enfant se présentait par le siège, put facilement extraire le fœtus jusqu'à l'ombilic; mais, à ce niveau, il fut obligé d'imprimer un mouvement de rotation et d'augmenter ses tractions. La cause de l'arrêt était une grosse *hernie ombilicale* en forme de sac, qui renfermait presque tout le foie et un paquet de circonvolutions intestinales ». (Résumé pris dans la thèse d'Herrgott, p. 222.)

L'observation de Letulle, recueillie dans le service de M. Gombault et rapportée dans la thèse d'Herrgott, p. 220, est étiquetée : « Grossesse normale, présentation du siège, dystocie par épanchement péritonéal et tumeur hépatique, syphilis héréditaire, péritonite récente, hépatite syphilitique, lésions osseuses. » Le travail fut lent, mais l'accouchement spontané. Le ventre était volumineux, du fait d'une grosse hypertrophie du foie par hépatite syphilitique, mais aussi d'une ascite de 200 grammes. Au point de vue de la *clinique* obstétricale, c'est-à-dire de la dystocie, ce cas nous semblerait mieux à sa place au chapitre « Ascite ».

Ces deux observations mises à part, il reste deux groupes d'observations de dystocie réelle par excès de volume du foie.

1° **Excès de volume du foie par tumeur solide.** — Le seul cas que nous ayons trouvé dans la littérature est celui de Nœggerath, observé à la policlinique du professeur Kilian, à Bonn, en 1854, publié dans la *Neue Zeitschrift f. Geburtsk.*, et résumé dans la thèse d'Herrgott (p. 218). Il s'agissait d'une multipare. La dilatation était complète. Le sommet, engagé depuis quatre heures, ne progressait pas. Application de forceps. Kilian fut obligé de déployer une force extraordinaire pour dégager la tête. La tête sortie, il exerça sur elle des tractions considérables pour dégager les épaules. Aucun résultat. Il fallut appliquer un doigt sous chaque aisselle et tirer vigoureusement pour extraire le tronc. L'enfant pesait 8 livres 1/2. « L'incision des

(1) Kollsch. Erinnerungen aus der geburtshülflichen Praxis. *Monat. f. Geb.*, vol. X, p. 13.

parois abdominales découvrit à une certaine profondeur une masse très rouge, charnue, qui occupait toute la cavité abdominale, de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne et d'une épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé. Cette tumeur n'était autre que le foie hypertrophié; *il pesait 2 livres 1/4* et avait 8 pouces 3/4 de large, 6 pouces de hauteur et 3 pouces d'épaisseur. La surface rouge était parsemée de taches grisâtres qui lui donnaient une apparence marbrée et qui, en plusieurs endroits, faisaient de légères saillies analogues à des lentilles. Comme le foie était augmenté dans tous ses diamètres, la forme générale de l'organe n'avait pas changé. A la section, le tissu paraissait encore plus mou qu'à l'état normal. Le parenchyme hépatique persistait encore à l'état de petits îlots, mais était remplacé en grande partie par un produit hétérogène qui fut reconnu être de nature carcinomateuse. L'examen microscopique confirma cette opinion. Les autres organes étaient normaux; le cœur seul semblait légèrement hypertrophié. »

Le manque de détails histologiques ne nous permet pas de discuter la nature du néoplasme hépatique qui fait le sujet de l'observation de Haase. Nous nous contentons d'insister sur les deux points suivants : la *dystocie fut purement et exclusivement hépatique*, l'excès de volume du foie était causé par un *néoplasme solide*.

2° **Excès de volume du foie par kystes.** — Quatre observations doivent être rangées sous ce titre; ce sont, par ordre chronologique, celles de Witzel, de Guéniot, de Bagot et la nôtre. Au point de vue anatomique et probablement aussi au point de vue pathogénique, l'observation de Bagot doit être séparée des deux autres.

a) *Kyste solitaire du foie.*— C'est l'observation de Bagot (1) présentée à la *Royal Academy of Medicine in Ireland*, le 27 novembre 1891. La mère était une secondipare syphilitique. Le fœtus se présentait par la tête et ne put être extrait que par

(1) BAGOT. In *British medical Journal*, 1891, 2, p. 1316.

une ponction faite sous l'appendice xiphoïde, ponction qui donna issue à 1 litre et demi de liquide. Le kyste occupait tout le lobe gauche du foie. *Le reste du tissu hépatique était histologiquement normal*. Tous les organes étaient d'apparence normale, sauf les reins, qui étaient atrophiés. L'absence de lésions hépatiques en dehors du kyste, l'absence de dégénérescence kystique des reins nous font séparer cette observation des deux suivantes.

b) *Dégénérescence kystique du foie associée à celle des reins*. — L'observation de Witzel (1), celle de Guéniot (2) et la nôtre sont absolument superposables, ainsi qu'on peut en juger par les résumés que nous en donnons.

OBSERVATION DE WITZEL. — Femme de 36 ans, IIpare ; le premier enfant est né à terme, bien développé. Le travail n'avançait pas. La tête, monstrueuse (hémicéphalie), restait à la vulve. On tire et on arrache la tête et un bras. Witzel donne alors du chloroforme à la parturiente, pratique le toucher manuel, reconnaît l'excès de volume du ventre, ponctionne et recueille 3 litres de liquide jaune. L'extraction fut alors facile.

Le foie était kystique. Une grande cavité occupait le lobe gauche, dont il ne restait que la partie médiane du bord antérieur. Cette cavité communique, par un orifice admettant deux doigts, dans une cavité qui siège dans le lobe droit dont le volume est petit ; le lobe carré et le lobe de Spigel ont leur aspect normal. La vésicule biliaire est vide. Le cholédoque communique avec le kyste du lobe droit ; il est ectasié et a le volume du pouce ; il se termine dans la paroi duodénale par un cul-de-sac. Les deux reins, gros comme le poing, sont polymicrokystiques. Les uretères ne sont pas dilatés. La vessie

(1) WITZEL. « Hemicephalus mit grossen Lebercysten, Cystennieren und eine Reihe anderer Missbildungen. » *Centralblatt f. Gynækologie*, 1880, p. 561.

(2) GUÉNIOT. « Kystes séreux du foie chez un fœtus à terme affecté de vices de conformation multiples. » *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1891, p. 119.

est vide, l'urèthre perméable. Le fœtus présentait en outre de nombreuses malformations (hémicéphalie, parties génitales externes rudimentaires, inversion totale des viscères, doigts surnuméraires).

Observation de Guéniot. — Femme de 39 ans, VIIIpare. Le père est son neveu, absinthique ; plusieurs des enfants son nés avec des vices de conformation et sont morts ; un seul survit. L'extraction du fœtus, sujet de l'observation de Guéniot, fut très difficile, mais ne semble pas avoir nécessité d'intervention instrumentale (il n'en est pas fait mention). Le foie était constitué par deux cavités kystiques renfermant, celle du lobe droit, 80 grammes, celle du lobe gauche, 40 grammes de liquide limpide citrin coloré en jaune. Les cavités kystiques ressemblent aux cavités ventriculaires du cœur : « ce sont des piliers, des colonnes d'aspect charnu, des languettes d'apparence aponévrotique qui simulent les mêmes parties du myocarde ». Le parenchyme hépatique environnant semble sain. Les deux reins sont d'un volume exagéré (3 fois le volume normal). Enfin le fœtus cumulait une série de vices de conformation (anencéphalie, absence des organes génitaux externes, 6 doigts à chaque main, 6 orteils à chaque pied).

Ces deux observations sont donc de tous points analogues à la nôtre. A vrai dire, celle de Guéniot manque de détails au sujet du rein. Guéniot ne parle que de leur excès de volume (3 fois le volume normal) ; il est bien légitime de supposer qu'il s'agissait de gros reins polymicrokystiques. Nous regrettons également que dans l'observation de Guéniot, comme dans celle de Witzel, il n'ait pas été fait d'examen microscopique du foie et des reins. Quoi qu'il en soit, les trois faits de Witzel, de Guéniot et le nôtre doivent être rapprochés ; ils rentrent dans le cadre de la *maladie kystique congénitale*.

Nous compléterons ultérieurement cette étude par celle de l'histogenèse de la maladie kystique congénitale.

REVUE GÉNÉRALE

INFECTIONS PUERPÉRALES ET SÉRUM DE MARMOREK

L'utilité du sérum de Marmorek dans le traitement des affections puerpérales, en dépit des contributions scientifiques importantes qu'il a pour lui, est toujours bien discutée. Et cela se conçoit, étant données les grosses difficultés dont est entouré ce mode de traitement. L'origine fondamentale des accidents puerpéraux n'est pas unique : elle est tout au moins sous la dépendance de germes divers, de germes associés, et si, de beaucoup, le streptocoque est le plus souvent en jeu, n'est-on pas arrivé, vu la bizarrerie et la diversité des résultats expérimentaux, tant en clinique que dans le domaine de l'expérimentation pure, à admettre des streptocoques doués de qualités différentes ? En pratique, que de difficultés ! Il faudrait réussir à simplifier le diagnostic bactériologique de chaque cas puerpéral et à disposer d'un sérum efficace et non dangereux, applicable tout particulièrement aux accidents puerpéraux dont l'examen bactériologique aurait révélé la nature. Comme on est loin du but, à l'heure actuelle !

Pour un petit nombre de cas dans lesquels le diagnostic a pu être scientifiquement établi, combien d'autres pour lesquels le sérum antistreptococcique a été vraiment employé de façon empirique, sans examen bactériologique préalable, sans même examen clinique attentionné, — uniquement parce qu'il y avait des accidents — comme, à certain moment, on s'armait immédiatement de la curette. Aussi ne faut-il pas s'étonner si les jugements sur l'efficacité du sérum antistreptococcique sont contradictoires. N'ont-ils pas tenu souvent au simple hasard

d'un emploi opportun ou non, et le plus souvent risqué, de cette méthode thérapeutique ?

En tout cas, un jugement définitif ne saurait être justifié. Il convient donc encore de rassembler des éléments valables d'appréciation; aussi, allons-nous analyser longuement un consciencieux travail de Blumberg sur la question (1).

*
* *

Après un très court aperçu sur les communications de Marmorek et plutôt une simple allusion aux divers travaux parus en France, en Angleterre et en Amérique sur la sérothérapie antistreptococcique, l'auteur fait la remarque qu'en Allemagne, l'expérimentation dans ce sens a été rare. Seul, Savor, de la clinique de Chrobak (Vienne), a fait une communication basée sur 15 cas d'affections puerpérales traitées par le sérum de Marmorek. D'autres observateurs ont publié seulement des cas isolés.

Savor a traité en tout 15 cas, dans lesquels le streptocoque fut isolé des lochies recueillies dans l'utérus puerpéral, et cultivé. A ces cas d'infections puerpérales, il faut ajouter un cas d'érysipèle chez une accouchée. Les résultats du traitement par le sérum antistreptococcique, dans ces faits, furent : 1° échec dans 6 cas ; 2° résultat douteux dans 5 cas ; 3° influence paraissant favorable dans 5 cas, dont 1 seulement, à la vérité, très grave. Savor, en conséquence, déclare qu'il ne saurait parler des propriétés spéciales du sérum : « que, toutefois, il n'a pas observé des effets fâcheux dus aux injections, comme on en a signalé. Aussi *conseille-t-il de poursuivre les recherches, le traitement ne lui paraissant pas dénué d'avenir* ».

Le but du travail actuel, écrit Blumberg, est d'exposer les observations qu'il a faites à l'*Universitäts Frauenklinik* de Leipzig, sur 12 malades puerpérales traitées par le sérum

(1) *Berliner klinische Wochensch.*, 1901, n° 5, p. 132 ; n° 6, p. 171.

antistreptococcique de Marmorek. Dans l'observation de ces faits, il s'est appliqué à : 1° *bien apprécier la valeur curative de la sérothérapie ;* 2° *noter très exactement les effets secondaires du sérum ;* 3° *découvrir les conditions capables de prévenir les effets secondaires du sérum.*

Sous le rapport du choix des cas, il souligne que, systématiquement, on a écarté du traitement sérothérapique les cas légers ; qu'en fait, on n'a traité, en général, que des états dans lesquels la fièvre persistait depuis longtemps, sans tendance à cesser.

D'autre part, dans tous les cas, sauf dans un compliqué de déchirure du périnée du 3e degré, les lochies prises dans l'utérus furent soumises à un examen bactériologique soigneux (méthode de Doederlein).

Résultats de l'examen bactériologique. — En tout, on recueillit des lochies chez 10 accouchées : *a)* dans 1 cas, il y avait exclusivement un *diplocoque aérogène anaérobie ; b)* dans 4, une infection mixte, *streptocoques* les uns aérobies, les autres anaérobies *; c)* dans 2, *lochies stériles ; d)* dans 2, *infection streptococcique pure.*

*
* *

Résultats de l'injection de sérum. — a) Dans le 1er cas (infection pure par des diplocoques anaérobies), comme il fallait s'y attendre, le résultat du sérum fut nul. La femme, d'ailleurs, guérit. Le cas étant grave, l'injection de sérum avait été immédiatement faite, dans l'intention de ne pas perdre de temps.

b) Des 4 *faits* dans lesquels il y avait *infection mixte avec streptocoques*, l'un doit être écarté, celui d'une accouchée qui, après quatre semaines de maladie, partit guérie, n'ayant reçu qu'une injection. Des trois autres accouchées, 2 *moururent* (obs. II et III). Dans les *lochies* de l'une d'elles, il y avait des *bacilles*, des *streptocoques* et autres *cocci ;* dans les *lochies* de l'autre, des *bacilles* et des *streptocoques anaérobies. Chez cette dernière malade* (cas III), *le traitement ne fut institué*

que tardivement, alors que l'infection, d'ailleurs sévère, datait déjà de sept semaines. Chez la quatrième malade (obs. IV), *qui quatre jours consécutifs présenta des températures vespérales entre* 39° et 39°,6, *la température commença de tomber après l'injection et redevint normale après trois jours.*

c) Les deux femmes, dont *les lochies s'étaient montrées stériles* à l'examen bactériologique, guérirent. Chez l'une d'elles qui avait de la fièvre depuis cinq jours, l'injection fut suivie, dès le lendemain, du retour de la température à la normale. Chez l'autre, il y avait de la fièvre depuis déjà trente-neuf jours, et depuis vingt et un, il y avait chaque jour des poussées thermiques jusqu'à 39° et 40°. Après les injections de sérum, la température, dans les deux jours qui suivirent, tomba de 1° et plus.

d) Quant aux deux femmes atteintes d'*infection streptococcique pure*, elles ont guéri (obs. VII et VIII). Or, tandis que pour l'une, il ne parut pas nettement que la guérison dût être rapportée au sérum, l'action curative du sérum parut bien réelle dans l'autre cas. En effet, l'accouchée, depuis deux jours, avait de la fièvre jusqu'à 40°; or, 20 grammes de sérum ayant été injectés le lendemain et le surlendemain, la température était redevenue normale. La sérothérapie ayant été passagèrement interrompue, la température s'éleva de nouveau à 40°,4; puis le sérum ayant été repris, elle retomba, au bout de deux à quatre jours, définitivement à la normale.

e) Restent les trois accouchées sur lesquelles on ne recueillit pas de lochies. Un de ces cas (obs. IX) doit être écarté, parce que l'injection de sérum ne fut faite qu'après que la fièvre était déjà tombée. Chez la deuxième accouchée (cas X), la température, par descente continue, était normale après trois jours. Il survint de l'hyperthermie tardive, mais causée par des accidents de cystite qui cédèrent à des lavages au nitrate d'argent. Chez la troisième accouchée, après les injections de sérum, en tout 50 centim. cubes, la fièvre tomba et la guérison s'affirma. Ce dernier cas se compliqua de bronchite.

Première conclusion : *L'observation de ces faits incite à admettre que le sérum de Marmorek possède une action heureuse sur les affections à streptocoques des accouchées.* Toutefois, le nombre des observations est trop minime pour justifier des conclusions formelles.

*
* *

Effets secondaires, accessoires, du sérum. — Indépendamment de deux faits d'exanthèmes communiqués à la Société de Leipzig par Feuchwander, l'auteur a observé quatre cas dans deux desquels les manifestations cutanées furent si légères qu'elles auraient passé inaperçues à défaut d'une attention toute spéciale.

Sous le rapport des phénomènes cutanés, il convient de faire une distinction entre les : a) *manifestations locales* et les b) *manifestations diffuses.* Les premières se localisent sur les cuisses, où les injections sont pratiquées, bien qu'elles ne se répartissent pas toujours autour des points d'inoculation. L'intensité des phénomènes locaux est très variable. Quand l'irritation de la peau n'apparaît que longtemps après l'injection, en général elle se réduit à un simple érythème, non douloureux spontanément ni à la pression, et qui se traduit exclusivement par la simple rougeur de la peau. Au contraire, lorsqu'elle apparaît peu après l'inoculation, — et particulièrement autour du point d'inoculation, — le processus réactionnel est plus intense ; il se produit alors des rougeurs plus ou moins étendues, formant des sortes de plateaux, s'élevant un peu au-dessus du tégument, douloureuses à la pression, et s'étendant par des bords serpigineux, le centre montrant une tendance vers la guérison : elles donnent l'impression d'un érysipèle bénin, atténué, dont la bénignité est marquée par l'absence de fièvre.

L'exanthème diffus, généralisé, observé une fois par l'auteur onze jours après la dernière injection de sérum (cas 1), présentait les caractères suivants : *subitement, des efflorescences nombreuses rouge vif, lenticulaires, non surélevées, ni*

prurigineuses, ni douloureuses à la pression, étaient apparues sur les deux joues, sur les bras, sur la face antérieure de l'épaule droite et de la cuisse droite. Cet exanthème, sans avoir causé une douleur quelconque, s'effaça en vingt-quatre heures.

Chez deux autres accouchées, traitées par le sérum antistreptococcique, l'auteur put observer très nettement chez l'une, faiblement chez l'autre, l'urticaire artificielle, le phénomène dit de l'*autographie*, réaction cutanée qui ne se produisait pas avant l'injection.

L'auteur pense avoir réussi à découvrir le *moyen de prévenir l'apparition des exanthèmes les plus intenses.* Il suffirait de s'appliquer à bien injecter tout le sérum dans le tissu sous-cutané : il ne faut pas qu'une quantité, *si faible soit-elle, de sérum, s'égare dans l'épaisseur du tégument.*

Au point de vue de la quantité à injecter : 20 centim. cubes le premier jour, 10 les jours suivants.

En ce qui concerne les *urines*, dans aucun des cas la sérothérapie antistreptococcique ne les rendit albumineuses. Au contraire, dans un des faits où, avant l'inoculation, l'urine renfermait une proportion d'albumine de 2 et demi p. 100, l'albuminurie disparut vingt-quatre heures après l'injection. Quant à la diazo-réaction, on l'observa une seule fois après l'inoculation, alors qu'elle n'existait pas antérieurement.

Conclusions générales : Il convient d'expérimenter sur une large échelle le sérum de Marmorek contre les affections puerpérales à streptocoques, pour ces deux raisons : 1° que le traitement peut être efficace ; 2° qu'on peut en partie éviter les effets secondaires du sérum et que ces effets sont sans gravité.

R. Labusquière.

REVUE ANALYTIQUE

Un cas de septicémie puerpérale par rétention des lochies (A case of Puerperal Sepsis from retained Lochia), par G. P. Shears. *Med. News*, février 1901, p. 171.

A l'occasion d'un cas d'accidents puerpéraux, effets de la rétention des lochies par une antéversion anormale de la matrice, accidents qui disparurent par la simple réduction de la déviation pathologique, l'auteur s'efforce de mettre en opposition la grande diversité des accidents des suites de couches quant à leur origine et la trop grande systématisation du traitement. Une accouchée a des suites de couches troublées, il y a des mouvements de fièvre : immédiatement, on s'attaque à l'utérus, le plus souvent par les injections intra-utérines, le curettage. Il est des auteurs qui sont allés jusqu'à préconiser le curettage dans tous les cas, exagération contre laquelle on s'est heureusement élevé depuis (Veit, Ahlfeld, Bumm, Whitridge Williams, etc.). Irrigations intra-utérines, curettage, en certains cas au moins inutiles, sont dans d'autres dangereux par la raison surtout qu'ils peuvent ouvrir de nouvelles portes aux agents septiques et toxiques.

Obs. — Une primipare accouche spontanément le 24 juillet 1900, au *Mothers'and Babies'Hospital ;* accouchement normal. Suites de couches, régulières les premiers jours, sauf une rareté anormale des lochies. Le sixième jour, brusquement, ascension thermique à 39°,4, P. à 120. Le lendemain matin, un assistant donne une injection intra-utérine. Dans la soirée du même jour, vers 8 heures, T. 38°,8, P. 120. A l'examen vaginal, on constate qu'il y avait difficulté à explorer la cavité intra-utérine par suite d'une antéflexion exagérée de l'utérus. Or, en continuant des tractions sur la lèvre antérieure du col avec des pressions exercées à travers la paroi abdominale, on réussit à redonner à la matrice sa position normale ; puis, par l'exploration intra-utérine digitale, on constate qu'il n'était resté dans l'utérus ni portions placentaires ni membraneuses. Nouvelle irrigation intra-utérine. Le lendemain, T. 37° ; P. 104 ; le jour suivant, T. 37°, 2 ; P. 78. — Depuis, *suites de couches* absolument régulières.

Il ne faut pas, sous le point de vue de la pathogénie des accidents puerpéraux, ne se préoccuper que des agents primitifs de ces accidents, germes de la septicémie ou de la putréfaction. Les études récentes ont établi que ces germes peuvent se trouver dans le canal génital,

dans l'utérus même, sans donner lieu à des complications. Il faut sans doute, pour que leur nocivité se manifeste, l'intervention de causes prédisposantes particulières. Si, d'une part, leur accès dans les voies génitales s'effectue le plus souvent par l'intermédiaire de l'air à l'occasion des diverses manœuvres (toucher digital, interventions instrumentales, etc.), leur influence pathogénique, d'autre part, doit être favorisée par des circonstances particulières, rétention de lochies, par exemple, comme dans le cas actuel, etc. Or, il importe beaucoup, pour instituer un traitement correct, non routinier, de s'appliquer à reconnaitre aussi, chaque fois, la cause prédisposante en jeu. R. L.

Que faire dans le cas où l'uretère est lésé avec impossibilité de rétablir son intégrité? par le professeur Fenomenov. *Journal d'obstétrique et de gynécologie* (en russe), juillet et août 1900. — Le professeur Fenomenov rapporte l'observation d'une malade qu'il avait opérée pour un double kyste des ligaments larges.

L'énucléation, à cause des nombreuses adhérences, a été très laborieuse, surtout du côté droit où l'auteur, soupçonnant dans le kyste un contenu purulent, disséquait dans le tissu environnant pour ne pas léser ses parois.

Quand il eut enlevé le kyste en entier, il remarqua une petite collection de liquide clair et transparent qui s'écoulait de l'uretère droit coupé et en partie réséqué.

Il essaya de prendre ses deux bouts ou d'amener le bout central vers le sommet de la vessie; mais la restitution était absolument impossible.

Créer une fistule artificielle n'était pas pratique, car tôt ou tard on devrait recourir à la néphrectomie.

Il s'est décidé d'abord pour cette dernière; mais comme l'opération avait duré assez longtemps, il a préféré la ligature. A cet effet, il a tiré sur le bout central de l'uretère et fait une forte ligature en deux endroits, à 3 centim. de distance. Drainage avec de la gaze iodoformée à travers le vagin, à droite et en arrière de l'utérus. Fermeture complète du ventre. Durée de l'opération: une heure vingt-cinq minutes.

La période post-opératoire ne présenta rien de particulier : température normale, état général bon; en insistant, la malade accusait une légère douleur sourde dans la région rénale droite. Urine normale.

Le septième jour, le tampon a été enlevé; le onzième, les ligatures; la malade est partie chez elle plus de quatre semaines après l'opération.

Pendant tout ce temps aucun trouble de la fonction rénale n'a été

remarqué, ainsi que sept mois après : la malade continuait à se plaindre un peu du bas-ventre; mais rien d'anormal du côté des reins, ni du côté des urines. Dr Rechtsamer.

Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus, par Thomsen et Zilé. *Journal d'obstétrique et de gynécologie* (en russe), septembre 1900. — Les ruptures spontanées de l'utérus sont très rares, surtout si on élimine les traumatismes, le rétrécissement du bassin etc., ayant déterminé cette rupture.

Depuis quelque temps on s'est beaucoup occupé de cette question, et dernièrement le Dr Schwartz (d'Odessa) a publié un travail où il démontre que la cause la plus fréquente de ces ruptures réside dans la modification pathologique du tissu élastique et un peu du tissu musculaire.

Le Dr Thomsen a eu l'occasion d'opérer une malade dans les circonstances suivantes : âgée de 33 ans, elle a eu 6 enfants vivants à terme et elle les a nourris tous. Est entrée à la clinique pour son septième enfant; présentation du siège, mais pas engagé. A 5 heures du soir, rupture de la poche; à 6 heures, dilatation complète ; à 6 heures un quart, la malade, dont l'état général était très satisfaisant, commence à se plaindre de faiblesse et, à 7 heures, le travail est arrêté : la figure de la malade devient pâle; un écoulement sanguin se produit (un verre de sang) et on sent au-dessous de l'ombilic une tumeur élastique, l'utérus.

Croyant la vessie remplie, on introduit la sonde molle; et il en sort du sang en grande quantité, en jet. En même temps, on sent dans la région épigastrique, immédiatement sous la paroi abdominale, la tête de l'enfant.

Laparotomie. Fœtus à terme, mort. Grande déchirure (irrégulière) de la partie inférieure gauche et antérieure de l'utérus, et déchirure rayonnante de la vessie à partir de son sommet, de sorte que les deux tiers sont déchirés en morceaux isolés. Amputation supra-vaginale; restauration de la vessie. Sonde à demeure.

Les premiers jours après l'opération, l'état fut satisfaisant; mais après, son état s'empira, la quantité d'urine diminua, et la malade mourut présentant des symptômes de péritonite. Pas d'autopsie.

L'examen microscopique de l'utérus a été fait par le Dr Zilé.

La déchirure est transversale, de 3-4 centim. ; elle se trouve dans la région du col utérin.

Le tissu élastique a été particulièrement étudié et examiné par la méthode de Weigert.

Dans les coupes faites dans le fond de l'utérus, la quantité de tissu élastique près des vaisseaux est normale, mais le caractère des fibres a changé : la forme serpentine est modifiée ; quelques-unes de ces fibres présentent des épaississements nombreux, en forme de nœuds, et des prolongements ; elles sont ratatinées ou comme déchirées en morceaux.

Dans le col utérin, quantité moindre de fibres. Près des vaisseaux, elles présentent des nodosités et plus loin, entre les faisceaux musculaires, elles sont peu nombreuses, distendues, redressées et faiblement colorées.

Dans les coupes faites dans la région de la déchirure, on ne voit presque pas de vaisseaux ; le tissu élastique est presque absent.

Les rares fibres qu'on rencontre ici n'ont pas d'épaississements, ne sont pas ramassées en faisceaux, *mais sont faiblement colorées*. Dans d'autres coupes de la déchirure on voit quelques vaisseaux et quelques fibres élastiques peu nombreuses ; elles sont déchiquetées et divisées. Dans certains endroits du champ microscopique, absence complète du tissu élastique.

Le tissu musculaire est anormalement coloré dans beaucoup d'endroits, ce qui fait supposer une dégénérescence quelconque (colloïde ou hyaline).

L'auteur croit que la cause principale de la rupture utérine est l'absence ou la modification pathologique des fibres élastiques.

M. Rechtsamer..

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic différentiel des curettages utérins. A. Pettit.— Excellente monographie, petit traité d'application de l'histologie à la gynécologie pratique. C'est le résultat de plusieurs années de travail, d'examens histologiques pour lesquels l'auteur a utilisé non seulement le riche matériel de la clinique gynécologique de Necker, mais encore des pièces pathologiques nombreuses qui lui ont été fournies par plusieurs titulaires de services d'obstétrique et de gynécologie, Tarnier, Mauclaire, Le Pileur, Paquy, Vitrac (de Bordeaux), etc., certaines de ces pièces pathologiques provenant même de la clientèle privée. Mais pour retirer de ce travail le bénéfice pratique qu'il peut donner, il faut, avant tout, *connaître à fond l'histologie normale* de l'utérus dont l'auteur décrit avec infiniment de soin et de compétence les altérations pathologiques (métrites, polypes, inflammation du col, ulcération, ectropion,

érosion, hypertrophies, tuberculose utérine, modifications néoplasiques de la muqueuse utérine, cancer, myome, sarcome, myxome, déciduome malin, môle hydatiforme). Plusieurs planches, très soignées, illustrent les particularités histologiques dont il est question. Enfin, au début, on trouve des notions très précises sur la bonne technique opératoire des préparations histologiques (fixation, déshydratation, inclusion, coupes, coloration). R. L.

Maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par G. Kolischer, traduit de l'allemand par O. Bewthuen, Paris, Alcan, éditeur.

Ce petit volume est la mise en lumière des théories de Schauta, qui voua dans sa clinique de Vienne une attention particulière aux maladies des organes urinaires de la femme. L'auteur débute par les règles générales de l'examen de l'urèthre et de la vessie, puis il étudie les diverses maladies de ces organes (incontinence, uréthrite, rétrécissements, calculs, etc.). C'est le premier traité des maladies de la vessie chez la femme publié en langue française.

Atlas-Manuel d'Obstétrique clinique et thérapeutique, par le Dr A. Schaeffer, *édition française* par le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux.

Un atlas d'obstétrique de format portatif manquait aux besoins de l'étudiant et du praticien non spécialisé dans l'étude des accouchements.

L'*Atlas-Manuel d'Obstétrique* de Schaeffer est un résumé de l'enseignement classique de l'obstétrique en Allemagne.

M. Potocki, accoucheur des hôpitaux, a ajouté à l'édition originale des additions qui sont souvent de véritables chapitres.

Voici un aperçu des matières traitées : Physiologie de la grossesse. Examen de la femme enceinte et diagnostic de la grossesse. — Anatomie, développement et examen clinique du bassin. Accouchement physiologique. — Suites de couches. Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse. Avortement et accouchement prématuré. Bassins viciés. — Pathologie de l'accouchement. — Pathologie des suites de couches. Fièvre puerpérale. Maladies des glandes mammaires.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

SUR LE TRAITEMENT DES RUPTURES UTÉRINES COMPLÈTES

PAR HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

AVEC 3 OBSERVATIONS

Par le Dr **Cornelius Cristeanu.**
(de Bucharest).

Dans les quatre derniers mois j'ai eu l'occasion, comme accoucheur en second à la Maternité de Bukarest, d'intervenir dans trois cas de rupture utérine produite au moment de l'accouchement.

Par l'étude de ces cas au point de vue des symptômes et des résultats de l'intervention, j'ai pu me faire sur les indications du traitement une opinion qui n'est pas tout à fait conforme aux conclusions formulées dans les traités classiques.

La variété des cas, le temps relativement long écoulé depuis l'accident jusqu'à l'opération, le bon résultat obtenu, m'autorisent à déduire des conclusions qui me paraissent beaucoup plus conformes à l'état actuel de la chirurgie abdominale.

L'expectation secondée par l'antisepsie, aujourd'hui encore si préconisée, ne me paraît plus de mise. La mortalité diminuera avec la rapidité de l'intervention pratiquée dans les conditions voulues par la chirurgie abdominale.

En face d'une rupture utérine la première indication, selon certains auteurs, même quand le fœtus est passé dans la cavité abdominale, serait l'extraction immédiate par version, forceps ou basiotripsie.

Cela ne me semble pas cadrer avec l'état local.

A cause des violentes contractions utérines et de la prédisposition (multiparité), l'utérus se déchire surtout à gauche et

au niveau de la partie inférieure. Les tissus ayant cédé, le corps fœtal est expulsé dans la cavité péritonéale, avec plus ou moins de force, selon la vigueur de la contraction, permettant au péritoine de se décoller, ou par l'irruption brusque produisant son éclatement.

Après la rupture, l'utérus se contracte normalement ; un peu moins, les tissus de la lèvre inférieure. L'orifice diminue et parfois permet à peine l'introduction de la main. Je me demande si l'évolution de l'enfant par version, tant dans la cavité abdominale qu'au moment de son passage à travers la déchirure, ne peut pas ou produire des lésions nouvelles ou aggraver celles qui existent. Je me demande s'il n'est pas plus logique d'extraire le fœtus par la laparotomie.

Avant d'entrer dans les détails des indications et de l'avantage de la méthode chirurgicale, je donnerai les observations des 3 derniers cas dans lesquels je suis intervenu.

La bénignité de l'intervention, le résultat, bon en comparaison des autres statistiques, même les meilleures publiées jusqu'à présent, nous poussent à préconiser cette méthode.

Observation I

Dans la nuit du 20 octobre 1900, à deux heures du matin, est reçue à la Maternité la femme E. G..., VIIpare, enceinte à terme d'un enfant vivant se présentant en O. I. G. T. Conjugué vrai = 93 centim Les accouchements antérieurs ont été un peu difficiles, mais spontanés. L'orifice est perméable pour deux doigts. La tête fixée au détroit supérieur parait un peu volumineuse. Le *21 octobre*, vers deux heures après midi, les douleurs commencent et à dix heures du soir, la dilatation du col étant complète, on rompt les membranes. Tête au détroit supérieur sans tendance à l'engagement ; deux heures et vingt-cinq minutes après la dilatation complète, on administre un bain chaud. Les contractions deviennent plus douloureuses, mais pas trop, puis cessent. *Aucun symptôme anormal*, comme : violentes douleurs, syncope, faiblesse. Après le bain, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Par le vagin, *pas le moindre* écoulement sanguin. Pendant la nuit je suis appelé à la Maternité pour appliquer le forceps (inertie), et je trouve une rupture utérine.

Palpation : le globe utérin est sous les fausses côtes droites ; le corps

de l'enfant est passé dans la cavité. *Examen vaginal:* tête au détroit supérieur, col dilaté complètement et revenu en partie, énorme bosse séro-sanguine.

Au moment de l'introduction de la main droite pour guider la branche gauche, je constate une rupture de la partie gauche et inférieure de l'utérus et du cul-de-sac. La tête fœtale mobile se déplace et je fais la version, qui s'exécute avec beaucoup de difficulté; mais la tête dernière passe assez facilement.

Particularités: 1° au moment de l'introduction de la main, *très peu de sang* s'écoule par le vagin; 2° la préhension des pieds a été très difficile à cause des intestins au milieu desquels se trouvaient les membres inférieurs, et qui s'étaient enroulés tout autour. J'ai été forcé, pour ne pas les entraîner au dehors et les déchirer, de les dérouler *avec beaucoup de difficulté.* Immédiatement après la sortie du placenta, une anse intestinale d'une longueur de 25 centim., accompagnée d'une grande frange épiploïque, apparaît à la vulve; je désinfecte avec du sérum l'anse et l'épiploon, et le replace à travers la déchirure. Mais l'épiploon se hernie de nouveau. Impossibilité de le maintenir réduit. Je mets une ligature au catgut sur sa base, et réduis de nouveau le moignon. Aucune partie ne se hernie plus.

Potions toniques; injections sérum 1,000 gr., éther et caféine; infusion de café, glace.

Ventre douloureux, ballonné; vomissements bilieux déjà *avant l'intervention.* On met deux vessies de glace sur le ventre. Position déclive, tête haute. T. 37, P. 120. L'urine est sanguinolente; albumine en grande quantité. Je fais prévenir M. le professeur Diaghiescou, chef du service, et je prépare tout pour la laparotomie.

Quatorze heures après l'accident et le passage du fœtus dans la cavité abdominale, la femme est dans l'état suivant: ventre énormément distendu, très sensible. Vomissements très fréquents, bilieux, noirs, marc de café. T. 37°,2, facies grippé. Pouls petit, filiforme, 135. Plus de sang dans l'urine, mais une grande quantité d'albumine.

A ce moment, c'est-à-dire *quatorze heures après la production de la rupture, j'interviens par laparotomie,* assisté par mon ami et collègue, le Dr Carnabel, chirurgien des hôpitaux.

Je constate les lésions suivantes: déchirure complète au niveau de la partie inférieure de l'utérus et du cul-de-sac gauche; rupture, par arrachement, du ligament rond gauche et de son artère; le bout supérieur, long de 3 centim., saigne encore; le bout inférieur rétracté

dans les tissus est couvert par un grand hématome. L'utérine gauche est déchirée, et son bout inférieur rétracté dans la profondeur des tissus de la lèvre inférieure. L'utérus contracté est récliné dans la fosse iliaque droite.

Dans le petit bassin, mais surtout dans la fosse iliaque droite, il y a des caillots; le péritoine est déchiré dans les deux fosses, surtout dans la droite (jusqu'au niveau du rein). Le ventre est rempli de caillots qui adhèrent aux intestins injectés et d'une grande quantité de méconium.

Toute la cavité abdominale est pleine d'un liquide pâle. L'estomac est très dilaté. Les veines de l'estomac sont du calibre d'une plume d'oie. Pendant l'anesthésie, dyspnée, cyanose; on remplace le chloroforme par l'éther. Après toilette sommaire de la cavité, on donne la position inclinée de Trendelenburg.

Éloignant alors les lèvres de la partie inférieure de la plaie abdominale par de larges écarteurs, je procède à l'*hystérectomie totale* par le procédé américain, mais adapté aux circonstances. Après avoir fait la ligature de l'artère isolée du ligament large et du ligament rond (bout supérieur pour ce dernier), j'ai cherché le bout inférieur rétracté dans les tissus; j'ai trouvé et lié l'artère du ligament rond, et l'utérine un peu plus loin à côté de l'uretère. Si je n'avais pas trouvé l'utérine, pour me garantir d'une hémorrhagie secondaire j'aurais cherché et lié l'hypogastrique. Après avoir déterminé le lambeau sur la face antérieure, j'ai incisé et décollé très facilement le péritoine. L'incision a été faite à l'union du col et de la paroi vaginale. La différenciation des tissus est très difficile. Je fais les mêmes ligatures du côté droit, puis incise entre les ligatures. Sur la face postérieure, j'exécute le même temps opératoire que sur l'antérieure. A cause de la difficulté et de la mollesse des tissus, j'ai dû laisser une partie de la lèvre droite du col. Les intestins étant relevés et maintenus par de larges compresses stérilisées, je suture les déchirures du péritoine au catgut. Du côté droit, dans la fosse iliaque, une petite artère sous-péritonéale laisse couler un jet de sang, très mince, mais continu. Ligature. Les tissus sont très infiltrés de sang.

L'hémostase est très difficile à droite, à cause des suffusions sanguines. On rétrécit l'orifice du vagin; on redonne la position horizontale. Lavage minutieux de la cavité abdominale. On essuie avec des compresses; on enlève les caillots qui adhèrent. Drain vaginal. Suture de la paroi abdominale en deux étages. Catgut et crin de Florence. Drain à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Avant et pendant l'opération, injections sous-cutanées, 1,500 gr. de sérum.

Durée de l'opération : une heure dix minutes. Chloroforme, 5 gr. Éther, 300 gr.

Pansement : position horizontale dans les premières heures ; puis, inclinée trois heures après. Tête haute.

Après l'opération : T. 37°,3. P. 130, plus fort. Les vomissements continuent pendant la journée ; le soir, lavage de l'estomac. On extrait 1,600 gr. de liquide noir (mélange de potion tonique, infusion de café, glace, etc.).

La nuit, les vomissements cessent ; deux vessies de glace sur le ventre.

22 octobre. Congestion pulmonaire. Ventouses. Potion de Rivière. Le ventre, ballonné, n'est plus douloureux. T. 37°, P. 120.

Le 23, le drain vaginal est retiré, complètement imbibé. On retire le drain abdominal imbibé du même liquide, qui avait également imprégné tout le pansement. La suture superficielle est en bon état. Réintroduction d'un drain vaginal. Sérum 1,500, gr. T. 36°,5 ; 37°,5. Le pouls descend jusqu'à 70 pendant les quatorze jours suivants. A ce moment la température monte à 37°,8. Pouls 80.

La fosse iliaque droite est douloureuse, et par le toucher bi-manuel je trouve une tumeur oblongue à côté du moignon et au niveau d'une des déchirures du péritoine, probablement un hématome sous-péritonéal. Très petite ulcération du moignon vaginal. Les cultures donnent du staphylococcus aureus. Traitement local : injections chaudes antiseptiques ; l'ulcération est touchée avec une solution phéniquée à 10 p. 100 ; tampon gaze iodoformée, imbibé avec solution phéniquée à 5 p. 100, et bien exprimé. Régime lacté et tonique.

Injections de sérum chaque jour, 1,000 gr. ; vessie de glace sur la fosse iliaque droite.

La tuméfaction disparaît. La température et le pouls reviennent à la normale. Guérie. Demande son exeat trente jours après.

Observation II

Le 30 décembre 1900, est admise à la Maternité la femme L. A..., 38 ans, enceinte à terme. Enfant mort.

Antécédents personnels. — Huit grossesses à terme. Accouchements très difficiles (dont une application de forceps à la Maternité). Une fausse couche dans le troisième mois. Date de la dernière apparition des règles inconnue.

Le matin du même jour, à 4 heures, apparition des premières douleurs qui deviennent fortes et fréquentes et continuent jusqu'à trois heures de l'après-midi. A ce moment, selon les dires de la femme, elle a ressenti une douleur très forte dans le ventre. Sensation de brûlure dans tout l'abdomen, puis douleurs généralisées. Dyspnée, vomissements; tendance aux syncopes ; perte de sang par le vagin. Elle est amenée immédiatement à l'hôpital où l'on constate, à l'arrivée, ce qui suit :

Le ventre est mou; sous les téguments on sent des petites parties fœtales. Facies grippé, péritonéal ; ventre douloureux, hoquets, vomissements bilieux. La tête fœtale est fixée au détroit supérieur en O. I. G. T. Diamètre utile, 9 centim. 7. Enfant mort. L'urine contient une grande quantité d'albumine. T. 36°. P. 90. Injection sous-cutanée de sérum immédiatement, 1,000 gr.

J'interviens par la laparotomie, assisté par mon ami et collègue, le Dr Mamoulea, médecin des hôpitaux, ancien interne de la Maternité. Anesthésie par chloroforme après la toilette d'usage.

Au moment de l'incision du péritoine un flot de liquide rouge sale, contenant du méconium et des caillots, s'échappe. On enlève des caillots en grande quantité, et on voit les intestins injectés fortement.

Il y a quelques plaques de fausses membranes sur les intestins, sur la rate et sur le péritoine pariétal. J'extrais le fœtus mort (3,750 gr.) et le placenta (600 gr.).

Rupture pénétrante du cul-de-sac gauche et de la partie inférieure du col. Éclatement du péritoine dans les deux fosses iliaques. Hémorrhagie abondante au niveau de la déchirure et de ses lèvres. A droite, un petit vaisseau sous-péritonéal qui laisse couler le sang au niveau d'une déchirure péritonéale.

Emploi du même procédé que dans la première observation pour pratiquer l'hystérectomie totale.

Les lèvres de la déchirure sont très modifiées, déchiquetées, saignantes. On répare le péritoine, ce qui demande très longtemps. On lave minutieusement la cavité avec 20 litres de sérum. On essuie avec des compresses. Drain vaginal. Fermeture complète de la paroi abdominale. Pendant, avant et après l'opération, 3,000 gr. de sérum (en 3 fois).

Durée de l'opération : une heure. Pansement.

Cathétérisme chaque cinq heures. Pansement vulvaire. Décubitus horizontal les trois premières heures, après position inclinée (tête haute). Deux vessies à glace sur le ventre. Après l'opération, T. 36°,8, P. 84.

Vomissements. État général meilleur. Pâleur extrême.

31 décembre. État général meilleur, glace en permanence sur le ventre ballonné. Drain fortement imbibé. On change le pansement vulvaire. T. matin, 37°, P. 92. T. soir, 36°,6, P. 72. Injection de 2,000 gr. de sérum.

1er janvier 1901. T. matin, 36°,6, P. 72. T. soir, 37°,5, 37°,2, P. 80. Les vomissements se sont espacés. Ventre indolore, ballonné.

Lavement boriqué sans résultat. Lavement purgatif.

4 selles. Sérum, 650 gr. Urine, 400 gr. Albumine diminuée. Drain enlevé et réintroduit.

2 janvier. T. matin, 37°,2, P. 70. T. soir, 37°, P. 60. Sérum, 1,000 gr. Urine, 1,000 gr. État général meilleur. Vomissements disparus. Nuage d'albumine.

3 janvier. Calomel, 1 gr. en deux cachets. T. matin, 36°,6, soir, 36°,8.

La nuit, diarrhée. Urine, 800 gr. Albumine. Sérum, 1,000 grammes.

On retire définitivement le drain. Gaze iodoformée dans le vagin. Salicylate de bismuth, 6 grammes.

4 janvier. Urine, 800 gr. T. matin, 37°,2, P. 80. T. soir, 37°,7, P. 80. Salicylate de bismuth, 6 gr. Sérum, 1,000 grammes.

5 janvier. T. matin, 37°, P. 84. T. soir, 37°,3, P. 86. État général meilleur. Diarrhée. Bismuth. Sérum, 2,000 grammes.

6, 7, 8, 9 janvier. T. normale. Stomatite mercurielle. Traitement local.

10 janvier. On enlève les sutures. Réunion par première intention. Rétention de l'urine. La malade craint d'uriner et demande à être sondée. On la laisse pendant dix heures sans la sonder, malgré ses cris : elle urine après spontanément et, depuis, elle n'a plus demandé la sonde. Sortie guérie trente jours après.

Observation III

Dans la nuit du 24 janvier 1901, est reçue à la Maternité la femme M. F..., israélite, âgée de 27 ans, IIIpare à terme. Enfant mort en O.I.G.T ; procidence du cordon.

Antécédents personnels : Deux accouchements à terme très laborieux. Deux applications de forceps, une chez elle, une autre à la Maternité. Le premier enfant a été extrait mort, le second (par moi) vivant ; il est bien portant. Date de la première apparition des règles : inconnue.

Première apparition des douleurs le 23 janvier dans la journée. A dix heures du soir, la parturiente fait venir une sage-femme qui perfore les membranes, et une demi-heure après appelle un médecin qui tente une application de forceps sans résultat. On l'envoie à l'hôpital.

A 4 heures du matin, elle est reçue à la Maternité dans l'état suivant : très pâle, exsangue, couverte de sueurs froides ; pouls imperceptible.

Utérus dévié dans la fosse iliaque droite, contracté. Du côté gauche et sous les téguments, le tronc de l'enfant et les petits membres.

Par la vulve, une anse du cordon de 25 centim. fait procidence. Col dilaté complètement. Tête fixée au détroit supérieur. Les os chevauchent énormément ; bosse séro-sanguine. O. I. G. T. Diamètre utile, 8,5. Je pratique la version. A l'extraction de la tête, les manœuvres de Mauriceau et de Prague échouent.

Tête défléchie. J'applique le forceps, et elle passe difficilement. Enfant mort, 3,500 gr.

D. Bi-P. = 10 centim. Extraction du placenta de la cavité abdominale (700 gr.). Rupture pénétrante du col et du cul-de-sac gauche.

Avant et pendant la version, pas une goutte de sang ne coule à l'extérieur. Sérum injecté, 1,000 gr. Éther, caféine et potion tonique.

A 11 heures du matin, je pratique la laparotomie (1), assisté par mon ami et collègue le Dr Carnabel ; en présence du professeur Draghiescou, chef du service, la femme étant en résolution complète.

A l'incision de la paroi abdominale il s'écoule une grande quantité de sang liquide sale, mêlé de méconium et de caillots. On constate la déchirure de l'utérus au niveau du col et du cul-de-sac gauche et antérieur. Le ligament rond est arraché ; le péritoine pelvien est déchiré dans les deux fosses iliaques.

Dans les lambeaux flottant à la droite, un petit vaisseau qui laisse couler un mince jet de sang.

Les tissus infiltrés de sang, le péritoine du côlon déchiré, les lambeaux pendants sont remis en place et on les suture au catgut Suture très difficile. On applique une ligature sur l'artère et, après toilette sommaire de la cavité, on place la femme dans la position de Trendelenburg. On fait l'hystérectomie totale par le procédé sus-

---

(1) Je remercie de son extrême amabilité le Dr NANOU, chef du IIe service chirurgical de l'hôpital Filantropia, qui m'a prêté les instruments et pansements stérilisés dont j'ai eu besoin, tant dans ces trois opérations que dans toutes celles où j'ai eu à intervenir, la Maternité n'étant pas outillée.

décrit. Reconstitution du péritoine au catgut. Suture à la Lembert. Orifice du vagin rétréci par des sutures. On laisse par où passer le drain.

Toilette soignée de la cavité. Lavage avec du sérum Drain vaginal. Suture complète de l'abdomen à 2 étages (catgut, crin). Durée de l'opération : une heure quinze minutes. Injection de sérum, 2.200 gr. Position élevée du tronc. Vessies à glace sur le ventre. Toniques. Pouls perceptible. T. matin, 37°,2; soir, 37°,2. P. 130. Injection de sérum, 1,000 gr.

En tout, 4,300 gr. en vingt-quatre heures.

25 janvier. Température matin, 37°, P. 100; soir, 37°, 2, P. 120. Pas de symptômes de péritonite. Par le drain sort du liquide rosé en grande quantité. Lavement le soir. Sérum, 1,200 gr.

Le 26. T. matin, 37°, 5. P. 100; soir, 37°, 2, P. 100. J'extrais et remplace le drain. Sérum, 1,000 gr. Chlorhydrate de quinine, 1 gr. en un cachet. Vomissements sans hoquet. Ventre souple, indolore. Potion de Rivière, à la cocaïne. Les vomissements cessent le soir.

Le 27. T. matin, 38°, P. 120. T. soir, 39°, P. 120. État général bon. Aucune réaction péritonéale. Selles abondantes et nombreuses. Potion avec salicylate de bismuth, 8 gr. Sérum, 1,000 gr. On retire le drain. Stomatite mercurielle à cause de l'emploi d'une solution de sublimé à 1 p. 4,000 le premier jour avant l'opération.

Le 28. T. matin, 37°,7, P. 100. T. soir, 37°,6, P. 90. Injection vaginale 2 fois par jour. Sérum s. c., 1,000 gr. Les selles diminuent. État général bon.

Le 29. T. matin, 37°,8, P. 92. T. soir, 37°,8, P. 100. La plaie abdominale est réunie par première intention. Sérum, 1,000 gr. en deux fois.

Le 30. T. matin, 37°,4; soir, 38°,3. Drain vaginal, odeur fétide gangreneuse due à l'élimination du moignon qui se sphacèle en partie. Irrigations abondantes et fréquentes. Gaze iodoformée imbibée d'une solution phéniquée à 5 p. 100 et bien exprimée. Sérum, 1,000 grammes.

Le 31. T. matin, 38°; soir, 38°, 3. Urine, 900 gr. Sérum, 1,500 gr. Même pansement vaginal.

1er février. T. matin, 37°, 5; soir, 38°,2. Urine, 900 gr. Sérum, 1,500 gr. Odeur vaginale *très fétide*.

Le 2 février. T. matin, 37°,8, soir, 39°, P. 116. Rien du côté des organes thoraco-abdominaux. Température due au moignon qui s'élimine en partie. Sérum, 1,000 gr. Insomnie : sulfonal, 1 gramme.

Le 3. T. matin, 37°,5; soir, 37° Sérum, 800. gr. État général bon.

Le 4. T. matin, 37°; soir, 38°,8. On enlève les sutures abdominales; réunion parfaite.

Le 5.	T. matin,	37°,4	soir,	39°.
Le 6.	—	37°,7.	—	38°.
Le 7.	—	37°,5.	—	37°,8.
Le 8.	—	37°,6.	—	37°,4.
Le 9.	—	37°,2.	—	37,9. — L'écoulement vaginal a une odeur beaucoup moins forte. Écoulement purulent, streptocoques.
Le 10.	T. matin,	36°,7.	soir,	36°,8.
Le 11.	—	36°,9.	—	36°,5.
Le 12.	—	36°,5.	—	36°,5.
Le 13.	—	36°,9.	—	37°,1.
Le 14.	—	36°,5.	—	37°,1.
Le 15.	—	36°,7.	—	36°,7.
Le 16.	—	36°,2.	—	36°,4.
Le 17.	—	37°,0.	—	37°,0.
Le 18.	—	36°,8.	—	36°,7.
Le 19.	—	36°,5.	—	36°,4.
Le 20.	—	36°,5.	—	36°,4.

On continue les injections vaginales deux fois par jour. La suppuration et la fétidité ont disparu. L'écoulement est tari. Les forces reviennent petit à petit. L'état général est bon. Cette femme est encore dans le service.

Telles sont les observations détaillées des trois derniers cas qui se sont présentés à la Maternité, et dans lesquels je suis intervenu par l'hystérectomie abdominale totale, seule intervention capable de sauver les malades malgré les lésions et l'état plus que désespéré.

Avant d'entrer dans la discussion des cas et d'examiner les indications du traitement employé comparé avec les autres, je veux exprimer ma gratitude à mon chef de service, le professeur Dr Draghiescou, qui m'a autorisé à intervenir dans ces trois cas et qui m'a laissé une grande latitude d'opérer toutes les fois que l'indication était urgente, ce qui m'a permis de pratiquer beaucoup d'opérations comme symphyséotomies, hystérectomies pour infections, etc. En même temps j'exprime mes remerciements à mes amis et collègues des hôpitaux, les doc-

teurs Carnabel et Mamoulea, qui m'ont assisté et aux internes du service, MM. Brukner, Pœnaru et Trailescu.

Pour les trois observations qui précèdent, je me permets de récapituler leurs particularités. Quelques-unes sont rares ; d'autres ne me paraissent pas avoir été encore mentionnées.

Dans la première observation, la rupture s'est produite sans le moindre cortège symptomatique. Pas de grande douleur, pas de syncope, pas de sang. Ce n'est qu'après la sortie du bain qu'on n'entendit plus les bruits du cœur fœtal. Appelé pour appliquer le forceps, j'ai trouvé une rupture.

Dans la deuxième observation, il y avait infection péritonéale aiguë (plaques de fausses membranes) trois heures et demie après la rupture. Dans la première et dans la troisième, il existait une *rupture des ligaments ronds,* produite par la sortie violente des fœtus.

Dans deux cas j'ai noté la déchirure de vaisseaux sous-péritonéaux : le sang continuait à couler soit en bavant, soit en jet. Cette perte aurait à la longue épuisé les malades si elles n'étaient pas mortes par infection. Je signalerai encore : 1° l'hémorrhagie nulle ou très faible par la rupture, quoique la cavité abdominale fût pleine de sang (plus de 2 litres) ; 2° les lésions profondes du péritoine à distance, et surtout au niveau de la fosse iliaque droite (siège des ruptures à gauche), et même dans un cas jusqu'au niveau du rein ; 3° l'éclatement du péritoine du mésocôlon pelvien, produit probablement par suite de la violente expulsion ; 4° l'emploi du chloroforme dans les trois cas ; 5° dans le premier, la distension énorme de l'estomac par des liquides, ce qui a produit la dyspnée et la cyanose pendant l'anesthésie, nécessitant l'administration de 300 gr. d'éther.

Quant à l'intervention obstétricale, dans deux cas extraction par le vagin, dans un par le ventre. Pour opérer plus facilement, j'ai eu recours à la position de Trendelenburg après toilette sommaire de la cavité. Cette position n'a aucun inconvénient et présente de grands avantages : dans le premier cas, j'ai fait le drainage abdomino-vaginal ; dans les deux autres, le drainage vaginal.

J'ai présenté les deux premières femmes guéries à la Société de chirurgie de Bukarest; la dernière, quoique guérie, est encore affaiblie à cause de l'énorme perte de sang et à cause de la température qui a persisté du fait de l'élimination du moignon. Dans ce cas, je craignais une perforation ultérieure du rectum, conséquence de la déchirure.

Les cas de rupture utérine, dans lesquels on est intervenu par l'hystérectomie abdominale, ne sont pas nombreux. Dans les Traités classiques on trouve, jusqu'à l'année 1897 (1), 7 cas dont 4 morts et 3 guérisons. D'après les publications ultérieures, on porte le nombre des interventions à 16.

La thèse de M. le Dr Forné (2) donne le tableau suivant :

1)	1890	Drs Krajewski	Sur 7 opérations, 2 guérisons ont été obtenues par Krajewski et par son procédé. On ne sait à qui attribuer une autre guérison. Total : 4 morts, 3 guérisons.
2)	?	—	
3)	?	—	
4)	?	Gromadski	
5)	?	—	
6)	?	Natanson	
7)	?	Jassinsky	
8)	1891	H. C. Cœ	Mort. Gangrène de l'intestin.
9)	1897	Lepage	Mort. Épuisement.
10)	—	Mars	Guérison.
11)	—	Branham	Guérison.
12)	1898	Loussot	Guérison.
13)	—	Ribemont-Dessaigne et Lepage	Mort.
14)	—	Pinard	Mort.
15)	—	Bernsbiet et Mercier	Mort. Péritonite.
16)	1899	Fournier	*Mort.* Fistule stercorale.

Je puis ajouter à ces 16 cas les indications suivantes :

---

(1) Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. III, p. 504.

(2) Forné. *Étude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus*. Th. Paris, juillet 1900.

17)	?	Drs Herbert Spencer (1)	Mort.
18)	?	— —	Mort.
19)	1899	Veiss et Schuhl (2), 14 sept.	Mort. Pratiquée à l'hôpital de Nancy.
20)	1900	Frantz (3)	Mort.
21)	—	—	Mort.
22)	—	—	Guérison.
23)	—	—	Guérison.
24)	1900	Schmit (4)................	Guérison.

Mortalité totale : 62,5 p. 100.

Ma statistique personnelle est la suivante :

25)	1900	Drs Cristeanu et Carnabel, 20 oct.	Guérison.
26)	—	Cristeanu et Mamoulea, 30 déc................	Guérison.
27)	1901	Cristeanu (5) et Carnabel, 24 janv................	Guérison.

Mortalité : 0 p. 100.

Si on fait la proportion totale, la mortalité descend de 62,5 à 55,6.

Le Dr Frantz, dans une statistique de 9 opérations pour ruptures complètes, est intervenu 4 fois par hystérectomie totale. Le résultat a été 2 guérisons. Je n'ai pas trouvé de détails sur l'étendue des lésions, sur l'état des femmes guéries, sur les lésions trouvées à l'autopsie de celles qui sont mortes.

Frantz préconise, dans les ruptures utérines, de les traiter comme cas septiques, « car malgré que l'infection apparaisse tardivement, cette complication ne peut être prévenue. L'hémorrhagie et l'infection sont les deux grands périls, et pour y

(1) *Obstetrical Society of London*, Wednesday, Jan. 3, 1900. *British medic. Journ.*, 44.

(2) Weiss et Schuhl. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1900.

(3) Dr Frantz. *Monats. f. Geburst. u. Gynäkog.*, oct. 1900.

(4) Schmit. *Eod. loco*, sept. 1900.

(5) V. ces observations.

remédier c'est à l'hystérectomie abdominale qu'on doit recourir », mais il penche plutôt pour la voie vaginale.

Ma statistique, en fait de ruptures utérines, est de 3 interventions, 3 guérisons.

Le résultat est d'autant plus frappant que je suis intervenu tardivement : dans la première, quatorze heures; dans la deuxième, trois heures et demie; dans la troisième, treize heures après l'accident.

On serait en droit de me demander pourquoi j'ai retardé l'intervention. Voici ma réponse : 1° les instruments et pansements n'étaient pas prêts; 2° je devais prendre l'avis du chef du service.

Dans les première et troisième observations, quoique n'étant pas d'avis d'extraire l'enfant par la déchirure, j'ai dû lui rendre le seul service à ce moment, si c'est un service.

Dans la deuxième, les symptômes ayant une gravité exceptionnelle, je suis intervenu *immédiatement* par laparotomie et j'ai extrait le fœtus par l'abdomen. A mon avis, ces trois femmes eussent été vouées à une mort certaine si on les avait traitées par n'importe quelle autre méthode. Les artères déchirées, l'éclatement du péritoine, l'infection péritonéale et utérine auraient bien vite mis un terme à leur souffrance.

Je me permettrai de revenir sur les traitements conseillés. Je ne considérerai que les ruptures complètes avec ou sans passage du fœtus dans la cavité. Dans ces cas on indique une longue liste de traitements qui peuvent se diviser en deux grandes catégories :

1° Expectation. Drainage. Tamponnement et traitement par la voie vaginale (suture et hystérectomie);

2° Laparotomie avec les subdivisions suivantes : Porro. Suture des déchirures. Hystérectomie totale.

Pour la première catégorie je ne conçois pas comment, dans l état actuel de la chirurgie abdominale, on peut encore y penser.

Schmit (1), dans un article sur les ruptures utérines reçues

(1) SCHMIT. *Monats. f. Geburst. und Gynäk.*, sept. 1900.

dans le service de Schauta, rapporte une statistique de 19 cas, dont 10 ruptures complètes et 9 incomplètes.

Dans les 9 cas de ruptures incomplètes, il y a 2 morts sans traitement et 7 drainages, dont 5 guéris. Sur les 10 complètes, 4 opérées, dont : 1 hystérectomie vaginale, 1 hystérectomie abdominale, 2 Porros, dont 2 morts, *six* drainages, dont 3 morts Schmit estime, d'après 160 cas qu'il a réunis, que le drainage donne des résultats supérieurs à l'intervention chirurgicale pour deux causes : 1° ce sont les cas les plus graves qui sont soumis à une opération ; 2° il y a de grandes chances d'infection au cours de l'intervention, parce que l'utérus, qui est souvent infecté, entre en contact avec les anses intestinales et le péritoine. Sauf indication urgente d'opérer, il préfère introduire à travers la déchirure jusque dans la cavité abdominale des mèches de gaze iodoformée destinées *non à tamponner mais à drainer*. Les arguments qu'il invoque à l'appui de son opinion me paraissent au moins étranges.

Il craint l'infection des intestins par l'attouchement de l'utérus au moment de l'hystérectomie, ce qui ne peut arriver, puisqu'on isole toujours les intestins par de larges compresses stérilisées ; et il ne craint pas l'infection continue et permanente de la cavité péritonéale par ce même utérus infecté, par les lochies infectées, par la propagation ascendante au moyen du drain mis à l'aveugle dans cette cavité, où se trouvaient en permanence tant de caillots et de causes de septicité !

J'admettrais sa méthode s'il présentait au moins une statistique de 100 pour 100 de guérisons. Mais, même dans les ruptures incomplètes, il y a 4 morts sur 9. Où est, dans ces conditions, la supériorité du procédé préconisé ? Dans les interventions, il y a 2 guérisons sur 4 opérées. Sur 6 cas non traités autrement que par le drainage, 3 morts. Ce qui, pour les deux méthodes, donne la même mortalité, soit à peu près 50 p. 100.

MM. Schmit et Schauta craignent seulement l'infection, et il ne s'en mettent pas à l'abri par leur traitement. Mais l'hémorrhagie, comment l'arrêtent-ils ? Par le drain ? C'est impossible. Alors, on doit se croiser les bras et regarder

mourir les femmes qu'on peut et doit sauver? Je ne reviendrai pas sur le tamponnement. On tamponne quoi? où? puisqu'on ne peut se rendre compte que *de visu*. L'utérus est déchiré, dévié d'un côté, comment le maintenir en place? Quel bandage pourrait le maintenir aplati sur le tampon, mis à l'aveugle? Et puis les lésions du côté droit, s'il en existe, comment les tamponner? Comme dans mon premier et dans mon troisième cas. Le second jour arrive le ballonnement du ventre. Quel bandage pourrait maintenir l'utérus rivé au tampon?

Un partisan très résolu du tamponnement est Herbert Spencer qui, dans une discussion sur le traitement des ruptures utérines qui a eu lieu au sein de la Société obstétricale de Douvres, rapporte 4 cas de guérison par tamponnement et 2 cas d'hystérectomie abdominale avec 2 morts. Il résume ainsi son opinion :

1° L'ouverture du ventre est rarement indiquée;

2° L'hystérectomie abdominale est rarement indiquée; il préfère la voie vaginale quand les tissus sont déchiquetés, dilacérés;

3° Dans les ruptures incomplètes, tamponnement et extraction des caillots.

Au sein de cette Société (1), il y a eu une discussion très intéressante au sujet de la variété de gaze à employer, les uns préconisant l'iodoformée, les autres la cynamique, d'autres encore la phéniquée et même *l'injection de teinture d'iode dans la cavité.*

Le président Alban Doran est d'avis que l'absorption de l'iodoforme peut produire l'accélération du pouls, ce qui peut être pris à tort comme symptôme d'infection.

Herbert Spencer arrive, dans la réplique, à la conclusion que les *ruptures incomplètes tuent beaucoup plus les femmes que les complètes*; que les ruptures très petites sont tout aussi périlleuses. Et pourtant, même après ces conclusions, il continue à préconiser le tamponnement.

---

(1) *Obstetr. Society of London*, Wenesday, Jun. 3d. 1900. ALBAN DORAN F. R. C. S., President in the Chair.

Je me permettrai de faire un rapprochement entre l'indication des interventions dans les ruptures de l'utérus et dans les plaies abdominales. Depuis longtemps, on a abandonné l'expectation quand on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

L'indication urgente, dans ces cas, préconisée *par tous les chirurgiens modernes*, c'est l'*intervention immédiate*. Dans les cinq premières heures à partir de l'accident, la laparotomie est bénigne. Ce n'est que par elle qu'on peut se rendre compte des lésions des organes, et en y remédiant de suite sauver la vie des malades. Dans les ruptures de l'utérus on trouve, en dehors de la plaie abdominale pénétrante, des lésions à distance, et on y remédie. Il y a une autre cause qui augmente la mortalité des ruptures d'une manière effrayante : c'est l'infection soit utérine, soit vaginale ascendante. Je ne conçois pas comment on peut encore préconiser l'expectation, le tamponnement, la suture et même l'hystérectomie par voie vaginale. Je ne trouve, d'après la statistique des autres et la mienne, qu'une seule indication : *intervention par voie abdominale dans toutes les ruptures complètes de l'utérus*, et même j'oserais dire dans celles incomplètes. En ce qui concerne la suite à donner à la laparotomie, je crois que la seule opération complémentaire raisonnable est *l'hystérectomie totale*. La suture est bien difficile à faire. D'un côté l'utérus rétracté, de l'autre des tissus déchiquetés, mortifiés, mous, flasques, saignants.

L'*affrontement* des parties *est très difficile*. On doit confectionner des plis du côté de la lèvre inférieure, et on risque d'enfermer le loup dans la bergerie on ne conservant pas un drainage utile.

En laissant l'utérus en place, on risque d'avoir une infection plus ou moins tardive qu'on ne pourra plus maîtriser ultérieurement, à moins d'enlever l'utérus infecté, soumettant ainsi la malade déjà affaiblie à une deuxième opération. Même si la femme guérit, elle ne pourra plus redevenir enceinte à cause du péril auquel elle se serait exposée.

La résistance des tissus étant moindre au niveau de la rupture,

nous assisterons à un nouvel accident produit par la même cause que la première ; c'est-à-dire que c'est risquer à coup sûr la vie de la femme.

A l'appui de cette assertion je citerai les cas énumérés par Krukenberg (1).

Il a réuni 13 cas opérés par section césarienne, dans lesquels, à un accouchement ultérieur, la cicatrice se rompit et *l'enfant passa* dans la cavité péritonéale. Dans 5 autres cas la cicatrice céda sans que le fœtus passât dans la cavité.

Je crois bon de rappeler l'observation de Rose,qui est probablement unique dans la science : « Une femme de 32 ans eut, à 4 grossesses consécutives, une rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Chaque fois le fœtus étant passé dans l'abdomen, on en fit l'extraction par les voies naturelles ; la quatrième fois, on put même l'avoir vivant ; chaque fois, la femme se rétablit sans complication. »

Je pourrais citer encore un cas inédit de la *Maternité de Bucharest :* une femme eut à deux accouchements successifs, une rupture utérine guérie spontanément (enfants morts). A un troisième accouchement la déchirure s'étant reproduite de nouveau, la femme succomba.

En intervenant la première fois, on aurait mis cette femme à l'abri de la récidive.

On peut supposer que la statistique de Krukenberg, pour les 18 cas dans lesquels la rupture a succédé à l'opération césarienne, date de l'ère préantiseptique.

Les interventionnistes incriminent en effet, comme cause du relâchement de la cicatrice d'une césarienne, la manière de faire les sutures. Par les progrès de la technique, les cicatrices ne cèdent plus aussi facilement qu'auparavant. Dans les césariennes conservatrices, on intervient sur un tissu normal, tandis que dans les cas de rupture il y a l'infection, la mortification, les suffusions sanguines, tout autant de causes qui diminuent la résistance des tissus et qui prédisposent à une rupture ultérieure.

---

(1) KRUKENBERG. *Arch. f. Gynäkol.*, 1884, t. XXVII, p. 421.

Kebler (1) a vu au microscope que les plaies utérines se régénèrent rapidement par du tissu conjonctif jeune de nouvelle formation. On observe la karyokinèse des fibres musculaires, les éléments pénètrent dans le tissu conjonctif, accompagnant les vaisseaux sanguins. La plaie utérine se remplit de tissu musculaire. Le tissu élastique se régénère à son tour, mais le processus de régénération est très lent. Ces expériences ont été faites sur des lapines et sur des plaies en plein tissu normal dans le corps même de l'organe. La plupart des ruptures se rencontrent dans la partie inférieure du col, où la résistance est moindre. Quoique régénéré, il a toujours tendance pendant une nouvelle grossesse à se déchirer de nouveau.

Pour ces motifs, je ne vois pas l'avantage de la suture de la déchirure. Il reste deux opérations : le *Porro* et l'*hystérectomie abdominale.*

Comme contre-indication de l'hystérectomie, il y a : le choc, la longueur de l'opération, l'impossibilité de voir clair à cause de la contre-indication qu'il y a à la position de Trendelenburg. Quoique l'état de mes malades fût des plus mauvais (péritonite, hémorrhagie abondante qui continuait encore au moment de l'intervention ; que l'opération ait été tardive dans deux cas ; qu'elle ait été de longue durée : une heure à 1 heure 1/4), je n'ai rencontré aucun des inconvénients si redoutés. J'ai pu voir clair en me servant de larges écarteurs, surtout de ceux du professeur Thoma Jonesco. J'ai enlevé l'utérus, suturé les déchirures du péritoine pelvien et côlique, arrêté l'hémorrhagie et guéri ces femmes, vouées à une mort certaine. J'ai pris la précaution de faire la toilette sommaire avant de donner la position inclinée et de revenir après l'hystérectomie au lavage minutieux des intestins et de la cavité péritonéale avec du sérum.

J'ai pris la précaution, pour me garantir des syncopes et du choc, de faire avant, pendant et après l'opération, des injec-

(1) Kebler. *De la régénération du muscle utérin après ses blessures*, 1898. Th. Pétersbourg.

tions sous-cutanées de sérum en masse (comme dans la deuxième observation, 3,000 gr. en l'espace de deux heures), et j'ai continué ces injections ultérieurement, usant presque 20 litres de sérum.

L'opération de Porro peut être indiquée dans les ruptures de l'utérus sises au niveau du corps. Elle présente des avantages au point de vue de la rapidité de l'exécution ; mais ce procédé a l'*énorme désavantage* d'une infection tardive fatale du moignon, malgré toutes les précautions antiseptiques. Dans la chirurgie abdominale actuelle, le Porro est presque abandonné. Impossible à exécuter dans les ruptures des culs-de-sac et de la partie inférieure de l'utérus, il a l'inconvénient de ne pas permettre le drainage vaginal, qui m'a rendu d'énormes services dans mes trois cas.

Établir un drainage abdominal, c'est aller, à coup sûr, à l'infection du moignon.

Le procédé, quoique plus facile à exécuter, présente des inconvénients si grands et si dangereux pour la suite qu'on doit y renoncer.

Dans un seul cas, j'ai extrait l'enfant par le ventre; dans les deux autres, par le vagin. A cause des inconvénients, des dangers et des risques auxquels on expose la femme, je ne vois pas l'avantage d'extraire le fœtus par version, basiotripsie ou forceps. Il est plus logique de laisser l'enfant dans le ventre, de faire la laparotomie, de ne risquer aucune lésion, d'enlever par le ventre l'enfant mort et le placenta, de faire la toilette du péritoine, d'extirper l'utérus et de drainer par le vagin.

Conclusions. — Dans les ruptures pénétrantes de l'utérus il y a l'*indication absolue* à la *laparotomie*, à l'extraction du fœtus par la plaie abdominale quand il a passé dans la cavité ; après quoi position de Trendelenburg, *hystérectomie totale abdominale*, suture du péritoine et hémostase parfaite. Toilette de la cavité, drainage vaginal; fermeture totale, absolue, de la paroi abdominale en deux étages : catguts et crins.

Injections de sérum en masse avant, pendant et après l'intervention. Je ne vois pas pourquoi dans quelque temps ces

indications ne seraient pas préconisées, même dans les ruptures incomplètes.

Quant au procédé, on fait l'hémostase au catgut ; on lie les artères, on cherche si l'utérine est déchirée. Quand on ne trouve pas son bout inférieur, comme dans mon premier cas, *on doit le chercher* dans la profondeur des tissus où il se rétracte. Si on ne le trouve pas, pour se garantir d'une hémorrhagie tardive, *on doit* aller à la recherche de l'artère hypogastrique correspondante et la lier. Du reste, cette pratique est courante dans la chirurgie abdominale (Traitement des tumeurs et néoplasmes). Elle n'est pas difficile à faire, et elle nous met à l'abri de beaucoup de complications.

Ce qui s'oppose encore à la pratique plus fréquente de l'hystérectomie, ce sont les mauvaises statistiques à cause de l'intervention tardive, et de l'inexpérience de la technique spéciale. La mortalité dans les ruptures incomplètes est encore énorme, 30 à 40 p. 100. Je crois que par l'intervention à temps on pourrait la réduire à zéro.

Pour mes 3 cas, opérés sans les choisir, j'ai eu la chance d'obtenir 3 guérisons. Il s'agissait cependant de femmes qui étaient dans un état désespéré.

L'écoulement sanguin dans les trois cas était très insignifiant et pourtant la cavité abdominale était pleine de sang liquide et en caillots : d'où on peut déduire que l'écoulement du sang par le vagin n'est pas du tout en rapport avec la quantité qui se trouve dans le ventre et avec la gravité des lésions.

FAITS CLINIQUES

DEUX OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIE

POUR ÉPITHÉLIOMA DU COL COMPLIQUÉ DE GROSSESSE

Par M. **Delanglade** (de Marseille) (1).

OBSERVATION I. — *Épithélioma papillaire du col. — Grossesse au quatrième mois méconnue par erreur d'interprétation. — Hystérectomie vaginale avec hémostase par angiotripsie. — Guérison opératoire. — Récidive.*

Marie-Louise M..., 27 ans, journalière, entre le 29 avril 1899 dans le service de M. le professeur Queirel, que j'avais l'honneur de suppléer, salle Sakakini, n° 6 (hôpital de la Conception).

Père bien portant. Mère morte à 49 ans (la malade ignore à la suite de quelle affection). Un frère vivant.

La malade est réglée depuis l'âge de 14 ans, toujours très régulièrement, et n'a jamais souffert du ventre. Elle a eu une seule grossesse il y quatre ans, terminée à terme. Accouchement normal. Suites apyétitiques. Sa petite fille est bien portante.

Il y a deux mois, hémorrhagie abondante sans relation avec un avortement. Le malade affirme, en effet, de la façon la plus formelle n'avoir eu dans les mois précédents ni retard, ni trouble quelconque de la menstruation. Ses règles ont toujours apparu au jour où elle les attendait et n'ont jamais duré moins ou plus que les quatre à cinq jours auxquels elle est habituée. Cette hémorrhagie a persisté avec alternatives de diminution et d'augmentation jusqu'il y a huit jours. Pendant

(1) Ces observations, présentées à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, ont fait l'objet d'un rapport par le professeur PINARD, séance du 11 février 1901.

toute sa durée la malade a dû garder le lit et a souffert au niveau des reins et du ventre. Elle se sent très affaiblie.

État actuel. — Pâleur extrême de la face, décoloration des muqueuses.

Palper abdominal. — Tuméfaction exactement médiane, remontant à 6 travers de doigt au-dessus de la symphyse, s'arrêtant à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, présentant 5 travers de doigt de large, à surface bombée et dure, légèrement mobile.

Toucher. — Col transformé en un énorme champignon. La tumeur abdominale que l'on perçoit est manifestement l'utérus augmenté de volume et mobile. Sensibilité à la pression, au niveau des culs-de-sac latéraux qui ne semblent pas infiltrés. On ne perçoit pas les annexes.

Hystérectomie vaginale. — Le tissu postérieur du col n'est pas, comme je le croyais, envahi par les bourgeons épithéliomateux et permet une bonne prise qui facilite l'abaissement. Au cours de l'hémisection faite suivant la méthode de M. Doyen, j'ouvre une poche de liquide légèrement citrin et extrais un fœtus vivant. Le reste de l'opération s'achève sans incident et avec une remarquable facilité. Les pédicules vasculaires, au niveau desquels sont des troncs veineux certainement plus volumineux que ceux que j'ai vus dans des fibromes de dimensions supérieures à celles de cet utérus, sont simplement angiotribés avec l'instrument de M. Tuffier, et réduits sans pince de sûreté ou ligature. Tamponnement léger à la gaze stérilisée dans la profondeur, à la gaze iodoformée à l'entrée du vagin. Glace sur le ventre.

Suites opératoires. — Absolument normales ; aucune douleur, aucune hémorrhagie, température constamment au-dessous de 38°. Pouls au-dessous de 100.

Premier pansement, au huitième jour. Lever, au douzième.

Je revois la malade, en février 1900, dans le service de M. Pluyette. Elle est en pleine récidive. Un mois après sa sortie de l'hôpital, ont apparu de nouveau des pertes rosées, puis fréquemment de véritables hémorrhagies. Actuellement on trouve au niveau de la cicatrice un gros chou-fleur épithéliomateux qui se prolonge sur la paroi antérieure. (Elle quitte volontairement le service.)

L'utérus enlevé a été, une heure après, photographié en grandeur réelle par M. Laget, puis placé en entier dans une solution de formol pour être l'objet d'un examen histologique.

Macroscopiquement le cancer paraissait limité aux parties antérieures

et latérales du col et s'arrêter à 1 centim. et demi environ de l'insertion de l'amnios.

Le fœtus paraissait bien constitué.

OBSERVATION II. — *Épithélioma papillaire du col. Grossesse près du terme. Enfant vivant, mais en danger. Présentation de l'épaule. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Mère et enfant vivants. Allaitement maternel.*

Ayant vu pour la première fois, à 7 heures du soir, cette malade avec mon ami le Dr Breuils et reconnu, comme lui, l'urgence de l'intervention, je n'ai pu l'exécuter que grâce au professeur Queirel qui avec sa libéralité habituelle a bien voulu me donner l'hospitalité dans son service. Je suis heureux de pouvoir lui en dire ici ma profonde gratitude,

Voici l'observation recueillie par M. Reynaud, interne du service :

Le 20 février 1900, à 9 heures du soir, entrait à la Maternité une femme Thérèse C..., âgée de 33 ans, poissonnière, originaire de Marseille.

Pas d'antécédent héréditaire du côté de sa famille. Sa belle-mère est morte il y a deux ans environ d'une tumeur cancéreuse de la joue; son mari est en parfaite santé. Quant à elle, son passé pathologique est peu chargé : rougeole, coqueluche et variole dans l'enfance. Réglée à partir de 14 ans, les menstrues revenaient chaque mois, durant deux ou trois jours, peu abondantes, jamais douloureuses. Elle a eu quatre enfants (deux filles et deux garçons), tous venus à terme spontanément ; les suites de couches ont toujours été normales et elle a allaité elle-même tous ses enfants. Le dernier accouchement remonte au mois de mai 1898, après lequel aucune altération n'est survenue dans sa santé, si ce n'est l'irrégularité des règles et leur absence pendant plusieurs mois.

Elle a eu ses dernières règles au mois de juin 1899 et, dès le deuxième mois de cette nouvelle grossesse, des hémorrhagies presque continuelles se sont installées, qui ont persisté jusqu'à la fin, accompagnées de troubles organiques nombreux, notamment du côté de l'appareil digestif (vomissements, diarrhée ou constipation, etc...).

Depuis près de deux mois l'amaigrissement et l'anémie ont fait des progrès rapides; la teinte des téguments est devenue pâle et jaunâtre. Néanmoins la grossesse a continué son cours; les mouvements actifs du fœtus, apparus vers le quatrième mois, n'ont cessé de se faire sentir depuis cette époque.

Le 17 février, à 5 heures du soir, une hémorrhagie considérable s'est produite, en même temps que des douleurs lombaires et abdominales assez vives. Après une accalmie passagère, ces phénomènes reparaissent au bout de quarante-huit heures, aggravant l'état général de la malade, sans qu'aucune modification dans l'état du col ait pu être constatée.

L'examen pratiqué à son entrée dans le service, révèle un œdème peu accentué au niveau des malléoles et des membres inférieurs; l'urine contient 50 centigr. d'albumine.

A l'inspection, le ventre paraît assez volumineux; l'utérus, qui remonte à 30 centim. au-dessus du pubis, est développé transversalement, son grand diamètre est horizontal.

Au palper, l'excavation est vide; pas de partie fœtale engagée; la main, portée dans la fosse iliaque droite, perçoit nettement une tumeur arrondie et mobile donnant la sensation du ballottement céphalique. A gauche, le siège et les parties fœtales un peu au-dessous du niveau de la tête.

L'auscultation permet de reconnaître que l'enfant est vivant; le maximum des bruits du cœur est à gauche, à trois doigts au-dessous de l'ombilic. Ces bruits sont très faibles. Plusieurs des élèves sages-femmes, pourtant expérimentées, ne les entendent pas.

A l'examen vaginal, on note que la muqueuse est pâle; la cavité est encombrée de gros caillots légèrement fétides. Le toucher montre que toute la portion vaginale du col est envahie par un néoplasme volumineux. Le doigt pénètre aisément entre les bourgeons multiples d'un énorme chou-fleur, au milieu duquel il est impossible de trouver l'orifice utérin.

Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont légèrement durs et mobiles sur une petite étendue. L'utérus est mobile.

A 11 heures du soir, les battements fœtaux devenant imperceptibles, on décida définitivement une intervention immédiate.

Opération. — La malade, après avoir été minutieusement aseptisée (lavage du vagin à l'eau oxygénée), est anesthésiée au chloroforme par Mlle Le Cerf et placée dans la position de Trendelenburg. Opérateur : M. Delanglade; aide : M. Georges Raynaud.

L'incision médiane, progressivement agrandie aux ciseaux, est faite aussi petite que possible de façon à ce que l'utérus, après avoir subi un mouvement de rotation, y passe juste à frottement. Protection du péritoine avec deux larges serviettes stérilisées. L'utérus, amené au

dehors, est sectionné sur la ligne médiane. Il s'écoule alors un liquide abondant, verdâtre et fétide, dont les derniers flots constituent une sorte de purée épaisse intimement mélangée de méconium. L'enfant est aussitôt extrait en état de mort apparente ; son corps est violacé et ce n'est qu'à grand'peine (grâce aux frictions, aux flagellations, aux bains chauds, à la respiration artificielle et aux inhalations d'oxygène) que Mlle Mouren, maîtresse sage-femme, parvient au bout de dix minutes à le ranimer.

Hystérectomie abdominale totale, rendue très difficile par l'envahissement de l'étage inférieur des ligaments larges plus étendu que je ne le pensais. Après avoir libéré les deux bords jusqu'à l'utérine et taillé une collerette péritonéale antérieure, j'ouvris en premier lieu sur une pince introduite par le vagin le cul-de-sac postérieur et ne désinsérai le vagin que sous la protection d'un doigt introduit dans la cavité. Bref, je suivis une technique hybride et irrégulière tenant à la fois du procédé américain et de celui de Doyen que l'état des parties me semblait imposer. Nettoyage très minutieux avec des tampons de gaze stérilisée. Hémostase par de petits pédicules comprenant de chaque côté : ovarienne, utérine, artère de ligament rond et une grosse vaginale. Dissection et ablation de trois foyers néoplasiques du péritoine. Tamponnement assez serré et drainage du paramétrium (les mèches de gaze et le drain sortent par le vagin). Suture en surjet du péritoine pelvien fermant l'orifice vaginal, recouvrant ce tamponnement, enfouissant tous les pédicules et l'uretère droit qui a été dénudé. La surface du petit bassin est alors parfaitement lisse. Malgré ce, en raison du contact septique de la tumeur, Mikulicz à la gaze iodoformée dans le petit bassin sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Sutures de la paroi aux crins, sur un seul plan comprenant toute son épaisseur.

Pansement à la gaze iodoformée. Makintosh très large. Glace à demeure.

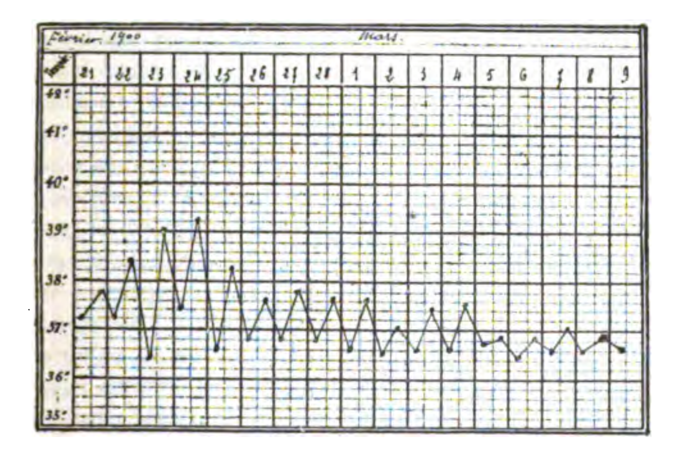
L'opération, pansement compris, a duré environ une heure et demie. La malade a supporté sans incident cette intervention laborieuse. Vu son état d'extrême faiblesse, elle a reçu pendant l'opération une injection hypodermique de 300 gr. de sérum artificiel ; et une heure plus tard, deux piqûres de caféine ainsi qu'une nouvelle transfusion souscutanée de 500 grammes d'eau salée.

21 février. L'état général est stationnaire. Quelques vomissements glaireux sont survenus depuis l'opération. On recueille par le cathé-

térisme plus de 600 gr. d'une urine foncée, légèrement ammoniacale, qui contient des traces d'albumine. (Glace sur l'abdomen ; injection de 500 gr. de sérum salé.) T. 37°,2 le matin ; 37°,8 le soir. Le pouls est rapide, petit, environ de 110 ; la tension artérielle à 11 1/2.

Le 22. T. 37°,2 le matin ; le ventre est légèrement ballonné, mais non douloureux. Un lavement purgatif provoque deux selles peu copieuses ; évacuation de gaz par l'anus. Le soir, T. 38°,4, pouls 108 ; le ballonnement a disparu, une nouvelle selle s'est produite, la malade a uriné spontanément.

Le 23. Le matin, T. 36°,6, émission de gaz nombreux ; quelques coliques dans la journée. Le soir T. 39° ; à l'auscultation, quelques râles muqueux sont disséminés dans les grosses bronches ; expecto-



ration rare et aérée ; la malade toussait, du reste, depuis plusieurs jours lorsqu'elle a été opérée.

Toutefois, l'état général demeure bon, le ventre est libre et indolore. Perte vaginale légère sans aucune odeur. Les seins sont modérément tendus ; l'enfant commence à téter. A minuit, un lavement amène 3 selles successives ; la température tombe à 37°.

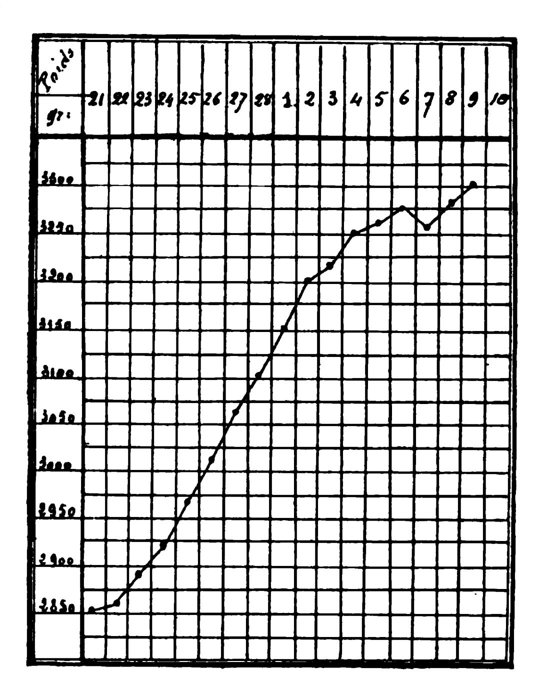
Le 24. T. 37°,4 le matin ; un purgatif salin dégage largement l'intestin. Le soir, T. 39°,2. On enlève les gazes placées dans le vagin, elles sont à peine teintées de sang ; une mèche de gaze iodoformée est de nouveau introduite dans la cavité vaginale.

Cette toilette est faite sans déplacer la femme de son lit (en la soulevant simplement sur un bassin plat). La nuit est très calme et, le

25 février au matin, le thermomètre accuse seulement 36°,6. Selle abondante. Le soir, T. 38°,2.

Le 26. Nouveau purgatif salin. On fait le premier pansement abdominal ; l'enlèvement du Mickulicz laisse écouler un peu de sérosité sanguinolente, on introduit à une faible profondeur une petite mèche de gaze iodoformée. Le soir, T. 37°,6. (Tension artérielle : 15.)

Le 27. La mèche vaginale est retirée et l'on donne régulièrement à



la malade des injections assez chaudes à très basse pression et à très faible titre (biiodure à 1 p. 10000).

A partir de ce jour, la température n'a jamais dépassé 37°,6, restant presque toujours inférieure à 37°.

La malade s'est alimentée progressivement sans éprouver aucun trouble digestif, la toux a complètement disparu, et l'allaitement n'a pas été suspendu un seul instant.

3 mars. Les points de suture ont été enlevés, la réunion était complète.

Le 9. Devant son insistance, on laisse l'opérée se lever durant deux heures, et le 10 mars, elle quitte l'hôpital sur sa demande.

(La paroi abdominale offre une cicatrice linéaire, le ventre est souple et indolore; la plaie vaginale n'est pas complètement cicatrisée, toutefois on ne constate aucune perte et, à aucun moment du reste, il ne s'en est produit depuis l'ablation des tampons.)

L'enfant mesurait au moment de sa naissance 52 centim. et pesait 2,850 gr. Vu son état de mort apparente, on l'a, par précaution, maintenu durant deux jours dans le chauffe-linge, portes ouvertes, à une température moyenne de 38°. Placé ensuite dans son berceau, il a été soumis au régime ordinaire des nouveau-nés. Nourri au biberon les trois premières journées, il a été mis ensuite au sein maternel, tout en lui conservant un biberon durant la nuit. L'augmentation de son poids ayant été de 450 gr. en 17 jours, est mise en évidence par la courbe journalière et progressive des pesées.

L'état général de l'enfant a été, le 3 mars, brusquement modifié par une bronchite aiguë présentant tous les signes d'un catarrhe suffocant (dyspnée intense, R. 70, cyanose des lèvres, battement des ailes du nez, râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine, sans souffle, ni foyer limité; hypothermie : T. rectale 36°,5 ; inappétence, difficulté à prendre le sein). Sur les conseils de notre ami, M. d'Astros, qui a bien voulu voir l'enfant, des bains chauds (le 1er sinapisé), à 38°, répétés toutes les 2 heures pendant dix minutes, et une potion de 25 centigr. de carbonate de créosote ont réussi à l'améliorer rapidement, ce que traduit la reprise ascensionnelle de la courbe du poids.

Fin mars. Bien que la mère ait voulu emporter son enfant avant la disparition complète de ces signes, nous savons qu'à cette heure son état est satisfaisant.

12 avril. La mère, revue, présente une induration plus que suspecte de la cicatrice vaginale. Elle a senti pourtant ses forces renaître et a pu reprendre sa profession de poissonnière.

Examen des pièces

1° **Placenta**. — Le placenta, enlevé tout entier de la cavité utérine aussitôt après l'extraction du fœtus, sans qu'il survienne une perte de sang trop notable, est de forme ovalaire et pèse 560 grammes. De nombreux foyers hémorrhagiques ainsi que

des granulations calcaires multiples, sont disséminés sur sa face utérine ; signes de dégénérescence graisseuse.

2° **Utérus.** — Son poids total aussitôt après l'ablation est de 1,720 grammes, sa hauteur est de 25 centim., sa circonférence centrale mesure 42 centim., l'épaisseur de la paroi au fond de l'organe atteint 5 centim. et demi ; dans le voisinage du col, 3 centim. environ ; les lésions cancéreuses ont envahi la portion cervicale tout entière et remontent, dans une faible étendue, sur la paroi antérieure du corps. Le péritoine péri-utérin est également atteint par la dégénérescence néoplasique.

OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE

DEUX ANS APRÈS URÉTÉRO-CYSTO-NÉOSTOMIE ABDOMINALE (1)

Par le Dr **O. Lambret** (de Lille),
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Dans le rapport qu'il faisait l'an dernier au Congrès d'Amsterdam, M. le professeur Pinard s'exprimait ainsi : « Nous ne pouvons à l'heure actuelle juger la valeur de la laparo-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale, car les cas où cette opération a été pratiquée ne sont pas assez nombreux pour émettre une opinion en connaissance de cause. »

Cela seul serait déjà suffisant pour m'engager à publier l'observation qu'on va lire. Mais je la crois plus intéressante encore parce qu'elle a trait à un autre point de la pratique gynécologique, point qui concerne la conduite à tenir dans les cas de grossesse chez les femmes ayant subi une opération d'urétéro-cysto-néostomie abdominale, pour remédier à une fistule vaginale de l'uretère d'origine puerpérale.

Voici cette observation, dont la première partie a été publiée dans la thèse de Sutter (2).

Marie L..., Denain. — Entre dans le service de mon maître, le professeur Folet, que je suppléais à ce moment, le 8 juillet 1898. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a deux mois. Chaque fois les accou-

---

(1) Cette observation a été présentée à la *Société d'obst., de gyn. et de pédiat. de Paris* et a fait l'objet d'un rapport par M. ROUTIER dans la séance du 11 février 1901.

(2) SUTTER. Th. de Lille, 1900. Voy. aussi LAMBRET. Les fistules vaginales de l'uretère. *Écho médical du Nord*, 1900.

chements ont été longs et laborieux et se sont terminés par une application de forceps, avec chaque fois un enfant mort.

Six jours après le dernier accouchement, il y a deux mois, elle a commencé à perdre ses urines par le vagin, et lors de son entrée à l'hôpital, l'écoulement est continuel et est aussi abondant dans la position couchée que dans la station debout.

A l'examen, on constate que le col utérin est fortement déchiré à gauche; le sommet de la déchirure se continue avec une cicatrice considérable qui fait saillie sur la paroi du vagin. Le fond du vagin est rempli d'urine; celle-ci est enlevée au moyen d'un tampon, mais en quelques minutes elle se reproduit; par contre, la vessie est continente. Une injection colorée faite sous pression ne passe pas dans le vagin. L'utérus n'est pas abaissable.

Diagnostic. — Fistule urétéro-vaginale peut-être en relation avec l'utérus.

Le 2 août, je pratique la laparotomie. Incision de l'ombilic au pubis des diverses couches de la paroi abdominale très épaisse; la malade est mise dans l'inversion. On découvre rapidement l'uretère gauche dilaté; en le suivant, on arrive à une petite masse cicatricielle longue de 2 centim. environ, située exactement contre l'utérus, au niveau de son insertion vaginale. Les annexes gauches, qui paraissent malades, sont rejetées sur le côté et le feuillet antérieur du ligament large incisé du haut en bas. L'uretère est dégagé; il apparait alors triplé de volume, sous l'aspect d'un gros cordon gris bleuâtre, légèrement onduleux. Il est sectionné transversalement, immédiatement au-dessus de la petite masse cicatricielle, et une sonde de Nélaton n° 12 est introduite dans sa lumière. Aucun écoulement d'urine ne se produit entre la sonde et la paroi.

Un trocart courbe étant introduit dans la vessie, je fais saillir la paroi vésicale à sa partie inférieure aussi près que possible de l'embouchure normale de l'uretère. Avant de l'inciser, je la traverse d'un fil de soie afin de prévenir le recroquevillement de la muqueuse, puis j'incise sur le trocart sur une étendue d'un centimètre environ; l'extrémité du trocart sort de la vessie et la sonde uretérale est immédiatement introduite dans sa lumière, le trocart est retiré et la sonde uretérale sort maintenant par l'urèthre. L'uretère est alors uni à la vessie par sept points de suture à la soie fine. J'enfouis ces sutures en dessous d'une collerette péritonéale de protection. J'enlève les annexes gauches malades et je referme le ventre après avoir placé un petit drain qui sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La sonde urétérale est fixée au méat, une sonde de Pezzer introduite dans la vessie. Ces deux sondes fonctionnèrent admirablement : l'urétérale fut laissée en place jusqu'au 6 août et la Pezzer retirée le huitième jour. La réunion de la plaie abdominale se fit par première intention et la malade sortit le 20 août, complètement guérie.

Cette guérison s'était maintenue parfaite, quand au mois de mai 1900, la malade vint me voir et m'apprit qu'elle était à nouveau enceinte. Elle conservait de ses accouchements antérieurs de si douloureux souvenirs qu'elle venait me demander si je ne pensais pas qu'il était préférable d'interrompre sa grossesse. D'autre part, elle désirait ardemment, ainsi que son mari, avoir un enfant vivant. Je demandai l'avis de M. le professeur agrégé Oui, qui conseilla de faire entrer la femme à l'hôpital afin de pouvoir l'examiner.

Celle-ci ne rentre que le 20 juin ; elle croit être au huitième mois de sa grossesse, mais les renseignements qu'elle donne ne sont pas absolument certains. M. Oui examine la malade et constate qu'elle a un rétrécissement du bassin. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 centim. 2, le promontoire et la première pièce du sacrum sont facilement sentis. L'enfant est très volumineux. M. Oui est d'avis de laisser la grossesse suivre son cours, quitte à intervenir au début du travail par la symphyséotomie ou plutôt par une césarienne, en raison des dimensions véritablement considérables de ce fœtus. La malade sort de l'hôpital.

Le 26 juillet, je suis appelé par dépêche à Denain, le travail est commencé et les premières douleurs apparues. Je ne puis me rendre à Denain que le lendemain 27 au soir. Les douleurs sont continuelles, la malade perd des glaires par le vagin, elle n'a pas perdu d'eaux ; je touche et je constate que le col n'est ni effacé, ni dilaté. Quant à l'enfant, la malade est tellement adipeuse que le palper et l'auscultation sont négatifs, mais il continue à bouger. En présence de cet état de choses, la maison se prêtant mal à une intervention quelconque, je déclare que rien ne presse et je décide la femme à venir de nouveau à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Elle rentre le 28 juillet 1900 au matin.

Son état est absolument le même que la veille, son utérus se contracte continuellement en pure perte, car le col n'a pas changé d'aspect ; l'enfant bouge toujours. Je me décide à pratiquer l'opération césarienne et fais porter la malade à la salle d'opération.

Laparotomie dans la position de Trendelenburg. Une anse intestinale adhérente à la paroi est légèrement blessée ; je la suture immédiatement

et la libère. Incision de l'utérus sur la ligne médiane : le placenta se présente, je passe à travers et pénètre dans l'œuf; un flot de liquide amniotique fortement teinté en vert s'échappe; l'enfant est extrait immédiatement; il se présentait par le siège. Je décolle ensuite le placenta et les membranes, ce qui se fait très facilement. Je pratique alors l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain, et ce temps opératoire est un peu compliqué par suite d'adhérences du voile, unissant l'utérus à l'intestin et au péritoine pelvien ; ces adhérences sont évidemment dues à la première opération d'urétéro-cysto-néostomie. L'uretère gauche qui, lors de cette opération, avait été trouvé dilaté, est resté perméable et il a repris son volume normal; de ce côté le résultat est donc parfait. Drainage vaginal, suture de la paroi, pansement; l'opération a duré en tout 40 minutes.

L'enfant, du sexe féminin, est venu un peu étonné, il a dû être ranimé. C'est un gros enfant (il n'a pas été mesuré); il pèse presque dix livres, exactement 4 kilog. 990 grammes.

Les suites opératoires furent d'une remarquable simplicité; la montée laiteuse se fit normalement et la femme se montra bientôt excellente nourrice.

Le 24 août, la mère et l'enfant quittaient l'hôpital. Des nouvelles récentes nous ont appris qu'ils continuaient l'un et l'autre à se bien porter.

Ai-je suivi une ligne de conduite absolument conforme aux strictes lois de l'obstétrique? Je laisse à de plus compétents que moi le soin de trancher cette question. Si on me demandait pourquoi je n'ai pas fait la symphyséotomie après dilatation du col au moyen du ballon de Champetier, je répondrais d'abord que je n'ai pas l'habitude de ces opérations dont la seconde, la dilatation, exige souvent un temps considérable, et qu'au contraire j'ai une pratique déjà étendue des opérations abdominales.

Il serait facile, je pense, de trouver d'autres arguments en faveur de l'opération césarienne. Le meilleur de tous est sans contredit celui que fournit l'examen pratiqué par M. Oui, examen qui établit formellement le volume excessif de l'enfant et la disproportion évidente qui existe entre les dimensions de ce fœtus et les diamètres du bassin. Or, il ne faut pas songer à réduire en quoi que ce soit le volume de l'enfant puisque nous

devons autant que possible obtenir un enfant vivant et que la mère est décidée à tout pour cela.

D'autre part, et à un autre point de vue, est-il prudent d'essayer, au prix d'une symphyséotomie par exemple, de faire parcourir à ce gros enfant la filière pelvienne ?

Si nous obtenons par ce moyen un écartement osseux suffisant, qu'adviendra-t-il des parties molles ? Que va devenir, s'il est soumis à une distension considérable, l'abouchement urétéro-vésical pratiqué autrefois ? C'est là une question qu'il importe en effet de poser, car le bon résultat de l'opération antérieure ne doit pas être compromis ; et, sur la façon dont se comportent ces sortes de cicatrices, nous en sommes réduits à des hypothèses, car, à part un fait de M. Routier dont nous allons parler, aucun fait n'existe qui puisse nous aider à nous former une opinion. S'il est parfaitement vraisemblable d'admettre que l'abouchement de l'uretère dans la vessie résistera, il est non moins légitime d'admettre qu'il pourra céder.

Passant en revue rapidement les autres enseignements que comporte cette observation, je signale simplement l'existence d'adhérences péritonéales qui ont compliqué quelque peu l'intervention. Leur rencontre est, en effet, à peu près la règle dans les laparotomies secondaires.

J'en arrive à la constatation formelle de la récupération du bon fonctionnement de l'urèthre. Ce bon résultat est probablement habituel, car les suites de l'urétéro-cysto-néostomie sont ordinairement simples ; mais les faits sont rares où par une seconde laparotomie le chirurgien a pu contrôler son ouvrage. Et si dans un cas de M. Pozzi le résultat de ce contrôle a été favorable, il n'en a pas été de même dans le cas de M. Routier (1), auquel je faisais allusion tout à l'heure et qui est beaucoup moins encourageant. M. Routier avait pratiqué en 1895 une urétéro-cysto-néostomie pour fistule puerpérale à une femme qui redevint enceinte en 1897. Cette grossesse se termina par une basiotripsie faite par M. le professeur Pinard,

(1) ROUTIER. *Soc. de chirurgie*, 16 novembre 1898.

à la suite de laquelle la femme fut très malade. Elle se rétablit toutefois et redevint enceinte en 1898. Elle entra de nouveau à la clinique Baudelocque, et avant le début du travail MM. Pinard et Routier pratiquèrent l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. L'enfant survécut; la mère mourut d'une hémorrhagie partie d'un pédicule. L'autopsie permit de constater que le rein gauche (côté opéré) était réduit à une coque bosselée et contenant un liquide clair. Quant à l'uretère, il se continuait jusqu'à la vessie; mais à 3 centim. de celle-ci, sa lumière était obstruée par un bouchon fibreux qui s'opposait aussi bien au cathétérisme descendant qu'au cathétérisme ascendant. Fait absolument étrange, en examinant la face interne de la vessie on ne trouvait que les deux orifices urétéraux normaux et pas la moindre trace du troisième orifice d'anastomose urétérale. L'explication d'une telle disposition n'est pas commode et il faudrait admettre que l'uretère anastomosé opératoirement à la vessie se soit détaché, rétracté et soit allé se souder au petit moignon vésical dont on l'avait séparé pour le suturer à la vessie. M. Routier et, aussi, M. Bazy pensent que cet état de choses pourrait bien être secondaire à la basiotripsie. C'est une explication; mais nous avouerons que le mécanisme nous échappe complètement.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Routier et la nôtre concernent deux cas d'urétéro-cysto-néostomie chez des femmes atteintes de fistule urétéro-vaginale d'origine puerpérale. Les deux femmes étant redevenues enceintes, dans les deux cas c'est l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale qui a été pratiquée. Les fistules puerpérales de l'uretère, bien que rares, se rencontrent toutefois de temps en temps; elles s'observent chez des femmes ordinairement jeunes et en pleine activité génitale, qui, une fois guéries, sont susceptibles de présenter une nouvelle grossesse. A l'heure actuelle, en face de cas semblables, l'accoucheur se trouve évidemment embarrassé. J'ai publié mon observation afin qu'elle serve de jalon lorsqu'il s'agira de tracer une voie définitive.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

AUTOCYSTOPLASTIE ET COLPOCYSTOPLASTIE

Dans les cas de pertes de substance étendues de la paroi vésico-vaginale (1)

O. Witzel, à l'occasion d'une fistule vésico-vaginale étendue, que trois fois déjà on avait tenté de guérir et qui, après ces tentatives, était plutôt pire, a eu recours à un procédé de colpocystoplastie que nous

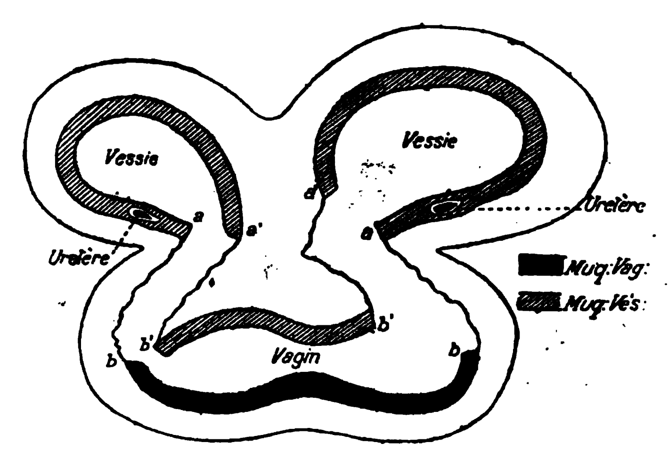


Fig. 1.

décrirons plus bas. De plus, il a pensé qu'en des circonstances analogues on pourrait en utiliser un autre, qu'il n'a pas expérimenté dans le cas actuel par crainte de léser l'uretère, dont l'orifice avoisinait trop le bord de la fistule. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, chez

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 50, p. 1337.

laquelle la perforation vésico-vaginale avait été produite au cours de l'extirpation de l'utérus fibromateux. La fistule, ovale allongée, mesurait 5 centim. sur 3 centim. Or, le sommet de la vessie se présentait à travers l'orifice de la fistule dans le vagin, fournissant, sans nécessité de tiraillement, assez de tissu de remplacement. Il serait donc possible, avec cette portion de la vessie en forme de champignon, de combler la fistule en réunissant la partie prolabée de la vessie, avivée aux bords correspondants, avivés aussi, de la paroi vaginale.

« Par ce procédé d'autocystoplastie, le sommet de la vessie est placé comme dans une boutonnière. *Ce mode d'utilisation*, continue l'auteur, *pour la fermeture de la fistule d'un tissu que jusqu'à présent on a toujours refoulé*, est le plus simple des procédés que je conseille..., à ce point qu'il me paraît devoir limiter l'emploi du procédé de Simon aux seuls cas où il est possible de suturer sans tirailler les tissus, etc. » Toutefois, comme l'uretère de gauche s'ouvrait au bord de la fistule, l'auteur se décida pour le procédé illustré par la figure 2.

* * *

A propos du premier procédé, nous noterons que l'idée n'est pas nouvelle, et qu'en France, dès 1872 déjà, on a songé à utiliser comme moyen d'occlusion la partie prolabée de la vessie. Il y a même lieu de noter que, dans ce cas aussi, l'un des uretères s'ouvrait sur le bord de la fistule, que cela n'empêcha pas le chirurgien de réaliser son idée, mais que dans un temps préalable, qu'il tint pour indispensable, il déplaça par une première intervention l'orifice de l'uretère et le reporta plus haut dans la vessie. Voici, d'ailleurs, le résumé de l'observation que Lannelongue communiquait à ses collègues de la Société de chirurgie, en mars 1875 (1) :

Obs. — ..., Femme de 36 ans, accouche le 14 juillet 1872. Accouchement laborieux, qui nécessite 3 applications de forceps, et qui, à peu de distance, est suivi de la large perforation vésico-vaginale que Lannelongue eut à réparer. Presque toute la paroi antérieure du vagin avait disparu ; l'urèthre était, pour ainsi dire, soutenu par une bande transversale, de 2 à 3 centim., seul reste de la paroi vaginale antérieure. En avant, la fistule était limitée par la branche ischio-pubienne. Par l'orifice fistuleux s'échappait la paroi postérieure de la vessie qui, s'engageant dans le vagin, apparaissait à la vulve

(1) Lannelongue. Nouveau procédé du traitement des fistules vésico-vaginales. *Bull. Soc. chirurgie*, Paris, 3e série, t. II, p. 106.

qu'elle dépassait sous forme d'une tumeur rouge du volume d'un œuf de pigeon; *un des uretères s'ouvrait dans le vagin.* Dans un temps préliminaire le chirurgien reporta, en incisant la paroi supérieure de cet uretère, l'orifice urétéral plus haut dans la vessie. L'*opération* de la fistule eut lieu le 26 décembre, soit cinq mois environ après l'accouchement. Avivement de la vessie et de la partie antérieure de la paroi antérieure du vagin : « Sur la vessie, écrit l'auteur, j'avivai le prolapsus lui-même à une certaine distance de la lèvre postérieure de la fistule suffisante pour qu'entre cette partie avivée et la lèvre postérieure de la fistule il y eût assez pour combler la fistule. *La muqueuse elle-même fit les frais de l'avivement,* lequel se présenta sous la forme d'une bande transversalement dirigée, de 1 centim. environ de largeur et allant de l'un à l'autre des angles latéraux de la fistule. Les parties avivées furent mises en présence, et le contact fut maintenu à l'aide de 11 points de suture métallique. Huit jours après, enlèvement des fils. Le *résultat* constaté après deux mois était excellent, et l'auteur exprima sa conviction que le procédé trouverait des indications encore plus précises dans des délabrements moins considérables. »

Donc le premier procédé, que propose l'auteur, n'est pas neuf : il a reçu déjà en 1872, en France, une application heureuse.

***

Ayant renoncé à l'idée d'utiliser comme moyen d'occlusion la portion prolabée de la vessie, Witzel recourut au procédé de *colpocystoplastie* illustré dans la figure 2.

Opération. — La femme étant placée dans la position de la taille, le vagin fut d'abord énergiquement dilaté avec les doigts et une forte valve postérieure mise en place. La muqueuse vaginale fut avivée autour de la fistule sur une largeur de 1 centim. et demi à 2 centim.

En retirant le spéculum, on marqua le point de la paroi postérieure du vagin qui correspondait au bord inférieur de la fistule, et on y appliqua une anse de fil métallique fin, destiné à attirer plus tard en haut la paroi postérieure. La femme étant ensuite placée dans la position très élevée, presqu'à pic du bassin, incision transversale de la peau et des fascias de 15 centim. Incision transversale des muscles droits jusqu'à leur tiers externe. La vessie fut refoulée à l'aide d'un doigt introduit par l'orifice fistuleux ; et, en avant et sur les côtés, décollée manuellement des couches sous-jacentes. Puis, elle fut incisée entre deux pinces, au-dessous de son sommet, en avant, sur une largeur de 8 centim. Les bords de la plaie vésicale furent réunis par des sutures, qui comprenaient toute l'épaisseur de la paroi, avec la peau qui tendait à revenir à sa place ; grâce à ce recul élastique de la peau, l'intérieur de la vessie apparut comme celui d'une demi-sphère facilement acces-

sible. Les dimensions de la fistule se montrèrent supérieures à 5 centim. sur 3. A gauche, la saillie de l'uretère suivait le bord de la perforation. A droite, l'orifice urétéral était à un peu moins d'un centim. de la fistule ; la ligne inter-urétérale partageait la solution de continuité. Par une traction exercée sur l'anse métallique vaginale, conduite préalablement dans la vessie, la paroi postérieure du vagin vint au contact de la fistule ; on plaça une seconde anse près du bord supérieur, dans la partie vaginale attirée. Puis, par une incision superficielle, on dessina sur la muqueuse du vagin la fistule en forme et ses dimensions. Cela fait, on disséqua un bouchon-lambeau, ne dépassant pas de plus d'un centim. cette incision. Avec de fines

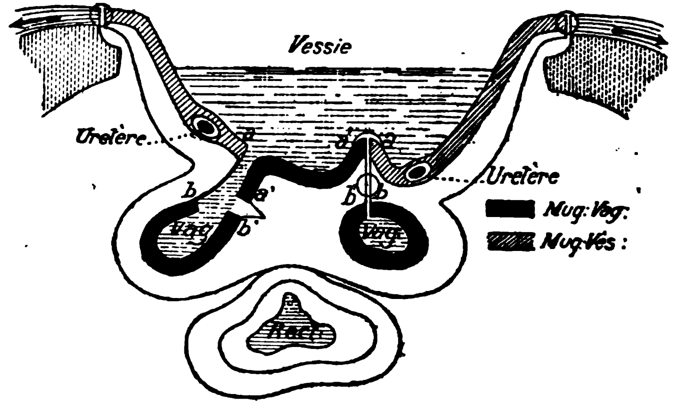


FIG. 2.

pinces, on releva en forme de manchette le bord de la fistule et par quelques coups de ciseaux on écarta du bord de la fistule l'orifice de l'uretère. Les bords du bouchon-lambeau furent aussi relevés, à pic, vers la vessie et, par une série de fines sutures métalliques perdues, on sutura le pédicule du lambeau et la base de la manchette vésicale. Leurs bords libres furent aussi réunis facilement par de fines sutures à la soie ; on mit à demeure, dans la vessie, un cathéter de Nélaton. Fermeture de la vessie par une suture au catgut à triple étage (procédé de Lembert). A droite et à gauche, par une boutonnière spéciale pratiquée au-dessus de la plaie cutanée, application d'un tube de Kocher pour le drainage. Bande de gaze dans l'angle de la plaie. Suture des muscles et des fascias à fils d'argent, entre-croisés et perdus. Enfin, suture de la peau. La *guérison fut complète*. Le cathéter fut enlevé le vingt-cinquième jour. La plaie sus-symphysienne guérit régulièrement.

L'auteur note, en terminant, que les deux canaux situés sur les côtés du bouchon-lambeau vaginal n'avaient dans le cas actuel aucune utilité, la

femme n'ayant plus d'utérus ; mais que, dans le cas d'utérus persistant, il faudrait se préoccuper de la persistance de ces deux canaux et, dès le moment de l'opération, y fixer, pour les y laisser un certain temps, des tubes de caoutchouc de façon à prévenir la rétention en arrière des produits de sécrétion ; que chez la femme en état de concevoir il serait même possible, un certain temps après l'opération, une fois la greffe solide, de détacher le tampon de la paroi postérieure du vagin et, par la suture des bords des surfaces cruentées ainsi produites en avant et en arrière, de créer un état anatomique se rapprochant beaucoup de l'état normal.

R. Labusquière.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GANGRÈNE
DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES CHEZ LES ACCOUCHÉES

Contributions de **Wormser, G. Burckhart, Bégouin-Andérodias.**

La lecture récente d'un cas de gangrène d'un membre inférieur, par artérite, chez une accouchée, communiqué à la *Société de gynéc., d'obst. et de péd. de Bordeaux*, séance du 27 décembre 1900, par MM. Bégouin et Andérodias nous a engagé, à cause de la rareté de ces faits, à faire dans la littérature médicale quelques recherches sur la question. Ces recherches nous ont permis de constater que les observations publiées restent rares, et que jusqu'à ces derniers temps elles ont fait l'objet plutôt de communications isolées que de travaux d'ensemble.

Dans le *Traité des maladies chirurgicales*, de Boyer, on lit au chapitre des maladies des tissus cellulaire et adipeux à propos de l'œdème des femmes nouvellement accouchées : « La terminaison fâcheuse de l'œdème des femmes en couches est due à l'infection purulente ou aux résultats des collections purulentes abondantes qui se sont formées et qui ne se sont pas taries. *On a prétendu qu'il pouvait se terminer par gangrène ;* il est permis d'en douter, car *un seul cas est rapporté* (1). » Peut-être s'agissait-il d'une observation de la nature de celles dont nous allons nous occuper ? En tout cas, on en lira qui

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1845, t. II, p. 206.

démontrent que l'opinion mise alors en doute par Boyer trouve en clinique sa réalisation.

*
* *

Le premier et unique travail d'ensemble important est dû à E. Wormser qui, à l'occasion d'un cas observé à la *Frauenklinik* de Bâle, dirigée par le professeur E. Bumm, a pu rassembler, dans cette première monographie, 14 cas analogues (1). Voici, d'abord, le cas qu'il a observé :

Obs. I. — 23 ans, IIpare. Admise à la *Frauenklinik* le 7 août 1899. Menstruée à 16 ans, toujours un peu irrégulièrement. Est accouchée une première fois, dans ce même hôpital, en 1897. Accouchement et suites de couches normaux. Deuxième grossesse : dernières règles en octobre 1898. Sauf des douleurs intermittentes et des sensations d'engourdissement dans la jambe gauche, rien d'anormal.

État lors de l'entrée à la clinique : *cœur et poumons normaux*. Urines normales, pas d'albumine, pas de sucre. Grossesse à terme ; enfant en première présentation du sommet. Dilatation comme une paume de main ; douleurs assez fortes. Expulsion *spontanée*, régulière, d'un enfant à terme, deux heures après la rupture de la poche des eaux, dix heures après le début du travail. Expulsion spontanée du délivre cinq minutes après. Placenta et membranes complets. Petite déchirure périnéale, réunie par deux points de suture, séparés, au crin de Florence. Perte de sang insignifiante.

Suites de couches : les quatre premiers jours, normales ; le soir du 5e jour, T. encore à 37°,1, mais P. déjà à 104. Le 13 août (6e jour), la femme se plaint pour la première fois dans la jambe gauche, surtout au mollet : sensibilité à la face interne de la cuisse ; la saphène est transformée en un cordon dur, douloureux. T. 38°,5 ; P. 124. Les jours suivants, la fièvre oscille entre 38°,3 et 39°. Le 19 août (12e jour), la femme accuse de vives douleurs dans la jambe, et surtout au pied. La jambe est œdématiée ; l'œdème s'est étendu au pied. — 20 août, alors que la douleur s'est atténuée, celle du pied est plus forte.

Le pied est pâle, livide. La sensibilité des orteils et de la région métatarsienne est abolie. — Le 22, le pied est plus bleuâtre. P. 116. Massage léger, forte élévation du pied. — 23 août, œdème de toute la

(1) Wormser. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 44, p. 1154.

jambe. État général moins bon, T. 38°,6. P. 156, petit et mou. — 24 août, T. 39°,1, P. 156; orteils, bleu noirâtre. Dos du pied, un peu plus rouge. — Le 26, une ligne de démarcation s'accuse au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. A partir de ce moment, la gangrène sèche fit des progrès. La malade fut transférée, le 14 septembre, dans le service de chirurgie. Ce jour-là (un mois et sept jours après l'accouchement), on constata l'*augmentation de la matité cardiaque, et un souffle au niveau de la base du cœur alors qu'il n'existait sûrement pas avant*. Le 15 septembre, 39e jour *post partum*, amputation de la jambe. Altérations constatées : gangrène presque complète du pied. Pas de thrombose au niveau de la tibiale postérieure; des caillots longs, très adhérents dans l'artère pédieuse. Toutes les grosses veines étaient bourrées de caillots. Le 1er mars 1900, on enleva encore un petit séquestre. Depuis, *la femme est bien.*

Au résumé, accouchée qui, au sixième jour, après un accouchement normal, présenta au niveau du membre inférieur gauche les signes d'une thrombose veineuse étendue, et qui, beaucoup plus tardivement, offrit au niveau du cœur un souffle, signe d'une endocardite développée, probablement, parallèlement à la phlébite, et vraisemblablement origine d'une embolie, dont le caillot constaté au niveau de l'artère pédieuse fut l'effet. Accidents, qui par l'étendue de l'oblitération vasculaire aboutirent à la mortification du pied.

L'auteur rapporte ensuite, en les résumant, les cas qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale.

2) Fischer. — *Phlegmatia double suivie de gangrène du pied droit.* — 45 ans, XVpare. Accouchement le 25 novembre 1895. Aucune hémorrhagie; délivrance manuelle. Le quatrième jour *post partum*, douleurs dans le ventre, dans les articulations. T. 39°,4. Au huitième jour, phlegmatia aux deux jambes, surtout à droite. P. 120-130; T. variant entre 38°,8 et 40°. Le douzième jour, quelques vésicules sur la jambe droite; le pied prend une coloration rougeâtre; les orteils deviennent bleus. Sensibilité très diminuée à la jambe, surtout au pied. Le vingtième jour, une ligne de démarcation s'accuse à la base des orteils. Dans les trois semaines suivantes, diminution de la fièvre, de la diarrhée. — *Amputation des orteils* en janvier 1896. Guérison régulière. — L'opérée put rentrer chez elle et vaquer à une partie des

travaux du ménage. En février 1896, un des métatarsiens devint douloureux, se nécrosa; il fallut l'enlever. En mars 1898, la jambe était un peu œdématiée. Toutefois, la femme pouvait suffire à la plupart des travaux de la maison.

3) WINCKEL. — *Thrombus suppuré de la veine fémorale. Gangrène du pied droit. Phlegmon suppuré de la cuisse droite. Pleurésie suppurée. Mort le seizième jour.* — 33 ans, IIpare. Accouchement normal. Dans la nuit du deuxième au troisième jour des suites de couches, frisson. T. 38°,6. A la cuisse droite, cordon veineux enflammé; douleurs dans le ventre. Quelques noyaux variqueux; rougeur et œdème s'étendent à toute la jambe. Au niveau du mollet gauche, noyau variqueux semblable, mais qui reste circonscrit. Le septième jour, bulle gangreneuse au niveau de la malléole droite; trois jours après, le pied, jusqu'à la malléole, est froid, rouge, bleuâtre, presque insensible. La gangrène s'étend et gagne jusqu'à moitié jambe. L'épiderme qui, au niveau du pied, est tombé, plus haut se soulève en bulles à contenu en partie sanguinolent. Après des douleurs intenses, *mort*.

Autopsie : Infiltration purulente des parties molles du pied et de la jambe. Dans toutes les veines intra-musculaires, contenu purulent; même état dans les veines racines de la poplitée et de la veine fémorale; également dans celles-ci jusqu'à l'orifice crural, où se rencontre un thrombus en voie de désintégration. *Artères libres.* Pleurésie purulente, péricardite (streptocoques), abcès aux reins, lymphangite utérine, tumeur splénique.

Wormser fait remarquer que, dans ce cas, on put constater formellement, à l'autopsie, l'intégrité absolue du système artériel, ce qui démontre que *la thrombose veineuse, seule*, peut, à *condition d'être étendue*, produire la gangrène.

4) WILLCOX. — Cas de *travail paresseux* (tedious labour) *suivi de double phlegmatia alba dolens et de gangrène.* — 34 ans, Ipare. Travail long; épuisement de la femme. Forceps; déchirure du périnée. Les quatorze premiers jours, normaux. Le soir du seizième jour, douleurs vives dans la jambe gauche. Phlegmatia. Le vingtième jour, début des signes de gangrène au niveau du pied (coloration bleuâtre, anesthésie). P. petit, irrégulier. Le trente-troisième jour, phlegmatia du côté droit. *Mort* le trente-sixième jour. *Pas* d'autopsie,

Après ces cas, dans lesquels la modification des parties fut

vraisemblablement le fait de l'obstruction étendue des veines, l'auteur cite un cas où l'origine de la gangrène fut l'obstruction artérielle, isolée.

5) v. HOCHSTETTER. — *Gangrène spontanée des deux extrémités inférieures* POST PARTUM. — 24 ans. Suites de couches apyrétiques, semble-t-il. Pour cause de faiblesse, repos au lit quatre semaines. Au cours de la cinquième semaine, brusquement, la nuit, douleurs dans la jambe droite, qui enfla. Rapidement, le gonflement s'étendit jusqu'au bassin, Le troisième jour, bulles au niveau du pied et du mollet. Sept semaines *post partum*, pied presque entièrement noir, bleuâtre. Pouls fémoral aboli. Pas de cordon veineux. Cœur normal, urines normales. T. 39°. Les jours suivants, ligne de démarcation au niveau des malléoles; quatorze jours environ après le début de l'affection, douleurs dans la jambe gauche qui, jusqu'au genou, est bleue, insensible, non œdématiée. Les jours suivants, gonflement considérable. Ligne de démarcation au niveau de l'articulation du genou (jambe gauche). T. peu au-dessus de la normale. Albuminurie intermittente, légère. Deux mois après le début de la maladie, *amputation :* à droite, sus-malléolaire ; à gauche, à mi-jambe. *Guérison*. PATHOGÉNIE d'après Hochstetter : thrombose ascendante de l'artère utérine droite, de l'artère hypogastrique et de l'iliaque externe, gangrène droite ; extension de la thrombose jusqu'au point de bifurcation de l'aorte abdominale, et obstruction de l'orifice de l'iliaque primitive gauche ou embolie, gangrène gauche. Extension du processus thrombosique à l'artère rénale, d'où l'albuminurie. Wormser rapproche ce cas de l'observation publiée par Widal et Nobécourt : gangrène symétrique paradoxale (embolie d'une seule artère iliaque primitive). *Semaine méd.*, 1898, p. 126.

Dans un certain nombre de faits, artères et veines étaient le siège de thrombose sans qu'il fût possible de préciser lequel de ces deux systèmes avait été le siège des accidents primitifs.

6) WANNER.— *Gangrène consécutive à une embolie de l'artère poplitée.*— 31 ans, IIpare. Accouchement normal. Le quatrième jour, douleurs et tuméfaction de la cuisse gauche. Rougeur au niveau du pli crural, vive sensibilité à la pression. Au cours des dix-sept jours suivants, poussées fébriles légères. P. environ à 100. État général peu troublé. Le vingt-deuxième jour des suites de couches, collapsus subit ; dyspnée

violente ; douleurs lancinantes dans le mollet gauche. Soir 38°,4, P. 132. Le lendemain matin, 38°,5 ; 136. Formations bulleuses à la cuisse gauche et à la jambe droite. Pouls de l'artère poplitée aboli. Les signes de mortification au niveau de la jambe gauche allèrent en s'accentuant, et une ligne de démarcation entre les tissus vivants et morts s'accusa à mi-jambe. *Amputation*, deux mois *post partum;* guérison.

De l'analyse des phénomènes cliniques, Wormser conclut qu'on n'est pas en droit d'incriminer seulement l'obstruction artérielle, car la malade présenta aussi les symptômes d'une phlébite étendue.

7 et 8) TH. OLIVER. — *Gangrène de la jambe chez une accouchée ; douleurs vives et abolition de la sensibilité dans le membre affecté.*

a) 23 ans, Ipare. Accouchement et suites de couches normaux ; quatorze jours post partum, accès de lipothymie ; paralysie droite de la face et du bras ; aphasie légère. Rien à la jambe droite. Le lendemain, disparition de la paralysie. Par contre, de vives douleurs se manifestent dans la jambe droite ; déjà, le soir du même jour, le petit orteil droit est gangreneux ; les deux tiers inférieurs de la jambe sont rouge sombre. Le lendemain matin, T. 37°,2 ; P. 104. Pied bleu noirâtre ; jambe livide, froide, insensible jusqu'à 2 pouces au-dessus du genou. Mouvements de la jambe, pression sur les grosses veines et artères douloureux. Urine non albumineuse ; cœur normal : à cause de la marche rapide de la gangrène, bien qu'il n'y eût pas de ligne de démarcation, *amputation*, une largeur de main au-dessus du genou. Artère et veine poplitées étaient obstruées par des caillots. *Guérison.*

b) 25 ans, IIpare. Accouchement normal. Le quatrième jour, pneumonie droite. Le dixième jour, brusquement, douleurs vives dans la jambe droite. Douleurs vives, insomnie. T. 39°,4, P. 138. Resp. 30 à la minute. Souffle intense à l'orifice mitral. Poumon gauche infiltré *in toto*. Rien du côté du ventre. Jambe droite pâle, froide, tuméfiée, insensible ; peau semée de taches purpuriques. Deux jours après, souffle systolique léger, à l'orifice aortique. Pied et jambe insensibles jusqu'à 2 pouces au-dessus du genou. A cause de la mortification rapide, *amputation* au-dessous du genou. Dans la poplitée, embolus se prolongeant jusqu'au point de bifurcation de l'artère et dans les deux branches de ramification. Toutes les veines contenaient du sang coagulé. Suppuration dans le tissu musculaire. *Mort* trois semaines après l'opération.

Dans le premier cas, syncope, paralysie, accidents aphasiques auraient été l'effet d'une embolie, due peut-être à une persistance du trou ovale : embolus parti de l'aire placentaire, arrivé dans l'oreillette droite et, grâce à une persistance du trou de Botal, passé directement dans l'oreillette gauche, puis dans le cœur gauche, et de là emporté jusqu'au cerveau. Quant à l'obstruction de l'artère poplitée et des veineuses de la jambe, elle aurait été l'effet de la présence, dans le sang, d'une substance toxique coagulante.

Dans le second cas, il se serait agi d'accidents liés à une septicémie généralisée.

9) LANCEREAUX. — *Phlébite puerpérale*. — 22 ans. Quatre jours après l'accouchement, tuméfaction d'une jambe, puis de l'autre et de la paroi abdominale. Accidents rénaux. Gangrène des jambes. *Mort* six semaines *post partum :* phlébite des veines utérines, rénales, caves, crurales, etc., avec thrombose secondaire des artères correspondantes (rénale, iliaque, etc.).

Wormser range dans un groupe un peu spécial les deux cas suivants, « parce que, dit-il, il s'agit dans l'un de ces cas de gangrène de Raynaud et que, dans l'autre, la gangrène ne s'est produite que trois mois et demi après l'accouchement ; qu'en outre, dans les deux, il y avait eu psychose puerpérale ».

10 et 11) R. ROUX. — *Gangrène compliquant la manie puerpérale.*

a) 31 ans, Ipare. Deux semaines après un accouchement normal, entrée de la malade dans un hôpital spécial pour accidents de manie puerpérale. Huit jours après l'entrée, douleurs dans les pieds et les doigts (pâleur, coloration verdâtre, insensibilité) ; le lendemain, tous les doigts et l'oreille droite sont mortifiés (maladie de Raynaud). Pas de fièvre. Lochies très fétides. Gangrène lente des pieds ; T. jusqu'à 38°,8. *Amputation* des deux pieds. Le troisième jour après, T. 38°,2. Aux moignons, petits foyers de gangrène qui furent cautérisés. *Guérison*.

b) 57 ans, Vpare. Accouchement trois mois auparavant. Entrée à l'hôpital, à cause d'accidents de manie. Quatorze jours après, début d'une gangrène, à marche assez rapide, du pied et de la jambe du côté droit. *Amputation* deux semaines après le début des accidents, au

niveau du tiers inférieur de la jambe. *L'examen anatomique* montra une thrombose veineuse étendue et de l'endartérite des grandes artères.

L'auteur cite encore 2 cas, dont il n'a pu avoir ni la relation originale, ni le résumé.

12) B. ELLOY. — Érysipèle généralisé au cours du puerperium, suivi de thrombose de l'artère poplitée et de gangrène. *Med. News*, octobre 1895.

13) DICKINSON et HUBERT. — Un cas de maladie de Raynaud lié à la parturition. *Trans. of the clinic. Soc. London*, 1897-1898, vol. XXI, p. 216.

14) A. TATE. — Puerperal gangrene. *Am. J. of Surg. a. Gynec.* Saint-Louis, 1897-1898.

15) FUSSEL. — Gangrène de la jambe gauche suivant le travail. *Univ. med. mag.* Philadelphie, 1888-1889, vol. I, p. 165.

Dans un second article (1), il complète quelques lacunes qu'il a trouvées dans son exposé historique des observations : cas publié par Duflocq. *Progrès méd.*, 1882, p. 1013.

16) DUFLOCQ. — *Gangrène du pied droit ayant déterminé la mort un mois et demi après l'accouchement.* — 38 ans, Vpare. *A la fin de la grossesse*, subitement, douleurs vives accompagnées d'engourdissement dans le pied droit, qui devient pâle, livide, noirâtre. Accouchement normal. Quatre semaines *post partum*, état général mauvais, pied noir, insensible, ligne de démarcation nette. *Glycosurie* (antérieurement pas de signe de diabète). *Mort* cinquante-sept jours après l'accouchement. *Autopsie :* Induration de la valvule mitrale; caillot volumineux et très adhérent dans l'artère fémorale droite, se prolongeant jusqu'au pied dans les principales artères du membre inférieur droit. Dans les veines, lésions de thrombose secondaire. A l'*examen microscopique* de la poplitée, endartérite.

Contrairement à Duflocq, qui tend à attribner les accidents soit à la compression exercée sur l'iliaque par la tête fœtale,

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 4, p. 110.

soit au surmenage physique, avec un état général mauvais, pendant la grossesse, Wormser incrimine plus volontiers l'altération constatée sur la valvule mitrale ou la glycosurie qui pouvait exister en dehors de trouble notable.

L'observation de Duflocq correspond à des accidents de gangrène ayant débuté pendant la grossesse. Il en est de même dans 2 autres cas cités par Müller.

17) SWAYNE. — *Gangrène de la cuisse durant le septième mois de la gestation. Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XXV, 1888, p. 215.

18) MULLER. — 34 ans, Ipare. *Au cours de la grossesse*, frisson, fièvre. Huit jours après, nouveau frisson, *douleurs dans la jambe* droite. Peu à peu développement progressif de points de sphacèle au niveau du pied et de la jambe. Entrée à l'hôpital dans cet état. Accouchement terminé par le forceps. *Mort*, après quatre jours. *Autopsie :* thromboses fines, anciennes dans les veines intra-musculaires du mollet. Pas de thrombose des grosses veines. L'état des artères ne fut pas noté.

Dans un article récent (1), G. Burckard rapporte deux observations nouvelles recueillies à la *Frauenklinik* de Wurtzbourg.

19) *a)* 38 ans, VIIpare. Tous les accouchements antérieurs laborieux du fait d'un bassin plat rachitique ; rétrécissement moyen ; 7e accouchement le 7 juillet 1900. La sage-femme ayant, la veille au soir, constaté une présentation mauvaise, avait appelé un médecin qui diagnostiqua : présentation du tronc, procidence du bras. A la dilatation complète, les eaux étant déja écoulées, le médecin n'ayant pu avoir l'assistance d'un confrère, prescrivit le transfert de la parturiente à l'hôpital, où elle arriva en voiture après une heure et demie de route. A son arrivée, on se persuada vite, par l'examen obstétrical, que l'utérus s'était rupturé. L'épaule droite était profondément engagée, le bras droit, rouge bleuâtre, pendait en avant de la vulve. Le dos du fœtus était dirigé en arrière et un peu à droite. Décapitation avec le crochet de Braun et de forts ciseaux de Siebold. Extraction relativement facile. Immédiatement après l'extraction, hémorrhagie

(1) G. BURCKHARD. *Cent. f. Gyn.*, 1900, n° 51, p. 1381.

assez forte, qui persista après l'expression du placenta, et qui provenait d'une *rupture incomplète de l'utérus*, située à gauche. Tamponnement du vagin. *Suites de couches :* Fièvre assez élevée, liée à de l'endométrite puerpérale. Le 12e jour *post partum*, début des accidents de mortification (anesthésie, coloration d'abord rougeâtre, puis bleuâtre, formation de vésicules), au niveau du pied gauche; *amputation* de la cuisse le 23e jour après l'accouchement. A l'*examen du membre amputé :* thrombose complète de la veine poplitée.

20) *b)* 33 ans, Vpare. Bassin plat rachitique. Conjugué diagonal 11 centim. Premiers accouchements laborieux ; dans les 4 derniers, présentation du tronc. A cause de ces antécédents, on décida, cette fois, l'accouchement prématuré. On le provoqua : 1° par l'application de bandes de gaze glycéro-iodoformées dans le col, jusqu'à dilatation suffisante; 2° avec le colpeurynter. Au bout de deux jours, les doubles battement fœtaux s'affaiblissant et s'accélérant, la dilatation étant suffisante, version et extraction de l'enfant. La tête fœtale qui doubla, à frottement dur, le promontoire présentait une dépression au niveau du pariétal droit. *Mort* rapide de l'enfant. — *Accouchée.* Rupture de la symphyse. Le 2e jour, douleur à ce niveau. Un peu plus tard, œdème de l'extrémité inférieure gauche, anesthésie, coloration bleuâtre du pied. Ligne de démarcation nette à la hauteur des malléoles. Gangrène humide. *Amputation* de la jambe gauche au niveau du tiers supérieur. A l'*examen* de la pièce : thrombose de l'artère tibiale postérieure ; le thrombus qui s'étendait au-dessus de la surface d'amputation put être dégagé.

L'auteur pense que dans l'observation *a)* les accidents ont pu être le résultat de la compression exercée sur les vaisseaux pelviens correspondants par l'épanchement sanguin considérable, qui avait suivi la rupture de l'utérus; que dans l'obs. II, il s'est peut être agi d'accidents emboliques.

21) Bégouin et Andérodias. — *Infection post-abortive ; endocardite végétante ; embolie; gangrène d'un membre inférieur ; amputation, mort.* — La femme, sujet de cette observation, avait été admise au service d'isolement de la clinique obstétricale, parce qu'elle présentait des accidents infectieux, qui s'étaient manifestés consécutivement à un avortement de deux mois. On fit le curettage, qui mit rapidement fin aux accidents utérins. Toutefois, l'état général ne s'améliora pas. On assista à l'appa-

rition d'un souffle au niveau de l'orifice mitral, à la disparition du pouls d'une des artères fémorales, à la production sur le membre correspondant, de tâches, de lésions, signes certains de gangrène, qui nécessitèrent l'amputation de la cuisse. Non seulement on étudia les modifications macroscopiques, mais on fit des examens bactériologiques pour lesquels on utilisa de la sérosité prise dans le membre amputé, des fragments des muscles les plus atteints, etc. La femme mourut quelques jours après par infection généralisée.

Autopsie ; « Les lésions de la face interne de la valvule mitrale consistaient en une végétation du volume d'unenoisette et de formation récente. Les artères et les veines fémorales étaient oblitérées par de volumineux caillots Les autres organes, foie et reins, présentaient les lésions de l'infection aiguë. L'utérus, sectionné suivant son diamètre vertical, présentait au niveau de son fond et de l'épaisseur de sa paroi musculaire, une ligne noirâtre parallèle à sa surface et située à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes. Les annexes, principalement du côté gauche, présentaient une traînée de même coloration, suivant le trajet des lymphatiques ». Des pièces recueillies sur ces divers organes furent soumises à l'examen.

Ces examens ne révélèrent rien d'anormal, sauf les modifications gravidiques habituelles, pour l'utérus. Par contre, ils décelèrent des colonies nombreuses de streptocoques au niveau de la végétation développée sur la valvule mitrale ; on obtint aussi une culture pure de streptocoques, à apparence assez virulente, avec la sérosité prise sur le membre amputé ; on trouva également des amas de streptocoques dans les capillaires de la partie amputée, et l'on constata des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse dans les éléments musculaires de cette même partie, tandis que les éléments musculaires du moignon parurent, histologiquement et bactériologiquement, normaux.

M. Alain qui, à la *Société d'obst. de gyn. et de pædiatrie* de Bordeaux, exposa les résultats de ces examens, résume comme suit cette observation : « De cette étude, il ressort que l'infection *streptococcique* à porte d'entrée probablement utérine a envahi le sang ; que cette infection, si l'on s'en rapporte aux signes cliniques et à ceux fournis à l'autopsie, a dû commencer par se localiser au niveau de la face interne de la valvule mitrale, où elle a donné lieu à l'éclosion rapide d'une végétation révélée par un souffle, que nous avons vu naître sous notre

oreille et qui a journellement augmenté d'intensité. C'est de là qu'à dû partir l'embolie porteuse de nombreuses colonies, qui a déterminé les caillots oblitérants des artères fémorales, la gangrène du membre et l'intoxication de tous les organes à laquelle a succombé la malade (1) ».

*
* *

Tel est, à l'heure actuelle, et jusqu'à enquête plus complète, le bilan de cette complication redoutable : LA GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES chez l'accouchée.

En ce qui concerne sa *symptomatologie*, la lecture de quelques observations y suffit. Cette même lecture montre aussi que, la plupart du temps, le *diagnostic* s'impose. Quant au *traitement*, il doit être *prophylactique* et *curatif* : prophylactique par la raison que si, dans deux cas, les observateurs ont songé, à tort ou à raison, à incriminer la compression exercée soit par la tête fœtale, soit par un épanchement considérable de sang sur les vaisseaux pelviens, compression produisant un ralentissement du cours du sang et, par suite, une disposition aux thromboses, il n'en est pas moins vrai que, de beaucoup le plus souvent, les accidents ont succédé à une infection. A ce point de vue, l'observation, avec démonstrations bactériologiques, de MM. Andérodias et Bégouin est typique. Il faut donc, comme pour toutes les complications puerpérales, surtout s'appliquer à la prévenir. Quand la complication s'est produite, l'intervention chirurgicale s'impose : c'est l'amputation, à *temps*, des parties mortifiées. Et les résultats obtenus montrent que le *pronostic*, « quoad vitam » au moins, reste, grâce à l'amputation opportune, plutôt favorable, le plus grand nombre des opérées ayant survécu et ayant pu, avec des appareils de prothèse convenables, vaquer de nouveau, plus ou moins complètement, à leurs occupations antérieures.

R. LABUSQUIÈRE.

(1) *Rev. mensuelle de gynéc., d'obst. et pædiatrie*, Bordeaux, 1901, n° 2, p. 83.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

M. Kirmisson. — *Rapport* sur une observation de M. Gosset, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, intitulée : « **Note sur une opération de spina-bifida** ». — Il s'agissait d'un jeune enfant du sexe masculin, né à la Pitié, dans le service de M. Lepage, le 27 mars 1900. Au moment même de la naissance, les méninges se sont rompues, il s'est écoulé du liquide céphalo-rachidien. La tumeur, du volume d'une mandarine, siège à la partie supérieure de la région sacrée ; elle n'est tapissée par la peau qu'à sa périphérie ; plus en dedans, s'étend une deuxième zone grisâtre, et tout à fait au centre, une surface de 1 centim. de hauteur sur 3 à 4 millim. de largeur, d'une coloration rouge-brun. L'enfant présente en même temps un pied bot talus à gauche, avec un léger degré de flexion de la cuisse et un peu de parésie du même côté.

L'opération a été pratiquée par M. Gosset, le 28 mars, vingt heures après la naissance. Elle a consisté dans une incision elliptique circonscrivant la tumeur à sa base et comprenant la peau et les méninges. On a obtenu ainsi la formation d'un grand lambeau comprenant toute la paroi postérieure du sac, avec, en son milieu, l'insertion des nerfs de la queue de cheval. Une ligature a été jetée sur le pédicule nerveux et la poche réséquée. Pour obturer la fente vertébrale, on a pratiqué ensuite, à droite et à gauche, deux longs débridements au bistouri, puis on a rapproché les parties au moyen de sutures à la soie. La peau a été libérée et suturée par un second plan de sutures superficielles au crin de Florence.

Les suites opératoires ont été simples ; dix jours après l'intervention, la plaie était bien réunie.

L'enfant avait été opéré le 28 mars ; déjà, au moment de sa sortie, on constatait une largeur anormale des fontanelles, en même temps qu'une tension marquée à leur niveau. Le 18 avril, l'enfant était ramené à l'hôpital et il avait, depuis trois jours, des crises convulsives légères, se répétant, au dire de la mère, plusieurs fois par jour. La

mensuration montre que la grande circonférence crânienne mesure 41 centim. et les fontanelles sont très tendues.

Le lendemain, 19 avril, une ponction crânienne est faite au niveau de la suture fronto-pariétale droite, à 6 centim. de la ligne médiane. On se sert pour cela d'une fine aiguille de Pravaz. On trouve le liquide à 1 cent. 1/2 de profondeur, et on évacue par aspiration 20 centim. cubes du liquide céphalo-rachidien.

Le 26 avril, l'enfant se porte bien ; les convulsions n'ont pas reparu ; la grande circonférence du crâne mesure 38 centimètres.

Le 4 mai, l'enfant est ramené à l'hôpital. Les convulsions ont reparu depuis la veille ; on fait une deuxième ponction crânienne, suivie, comme la première, de l'évacuation de 20 centim. cubes de liquide.

Depuis lors, l'enfant a été suivi jusqu'en novembre, c'est-à-dire pendant huit mois après l'opération ; les crises ne se sont pas reproduites ; mais le crâne reste un peu volumineux.

M. Kirmisson partage la manière de voir de M. Gosset, tant sur l'étiquette anatomique de son cas (myéloméningocèle) que sur la conduite tenue devant la rupture du sac (affrontement exact des parois du sac par la suture) et devant l'hydrocéphalie qui s'est manifestée plus tard (ponction aspiratrice). La participation des éléments médullaires dans le sac était évidente, anatomiquement (zone rougeâtre vasculaire de la tumeur) et cliniquement (paralysie du sphincter vésical, troubles paralytiques, pied bot talus). L'intervention chirurgicale n'exerce guère d'influence sur ces phénomènes.

Les interventions ne doivent être pratiquées chez le nouveau-né que si on a la main forcée comme dans le cas de Gosset. Elles doivent être rapides et simples pour éviter le choc et la perte de sang.

Quand l'orifice est droit, la dissection, la pédiculisation du sac et la ligature en masse constituent le procédé de choix ; quand l'orifice est large, c'est à l'affrontement exact des parois du sac, en s'aidant au besoin de débridements latéraux, qu'il faut recourir.

Les opérations pratiquées plus tard peuvent être plus complètes, on peut avoir recours aux procédés ostéoplastiques.

L'hydrocéphalie consécutive vient souvent assombrir le pronostic thérapeutique. C'est pourquoi M. Kirmisson retarde autant que possible l'intervention, observant le développement de l'enfant et la marche de l'affection. L'intervention, s'adressant alors à des cas légers dans lesquelles les lésions nerveuses sont compatibles avec l'existence, la guérison s'obtient avec la plus grande facilité.

M. Legueu. — **Hystérectomie abdominale pour cancer au huitième mois de la grossesse.** — Il s'agit d'une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital Broca, le 12 juillet 1900. Réglée à 16 ans, cette femme a eu, il y a quinze ans, un accouchement normal. Depuis, pas de fausses couches. Depuis quelques mois elle a des pertes rousses ; d'abord c'étaient des pertes blanches, puis elles se sont teintées peu à peu, et actuellement elle perd de temps en temps un liquide fortement coloré mais qui cependant n'est pas absolument sanguinolent ; les pertes ne sont pas fétides.

Le fond de l'utérus remonte un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on trouve le col infiltré dans presque toute son étendue par un épithélioma végétant ; le vagin n'est pas encore envahi, le cancer est sur la limite du col et du vagin, il est surtout développé en avant, la lèvre postérieure est beaucoup moins lésée. Le diagnostic est : épithélioma du col, compliquant une grossesse. L'âge de la grossesse est difficile à préciser ; les dernières règles auraient apparu au commencement du mois de janvier ; la grossesse daterait donc probablement de la fin de janvier ; elle serait actuellement de cinq mois et demi environ.

Dans le courant d'août, la malade se met à perdre du sang pur, d'une façon à la fois si continuelle et si abondante, qu'il est nécessaire de lui faire le tamponnement. Mais dès que le tamponnement est enlevé, les pertes se reproduisent. L'anémie devient vite extrême ; la malade a des syncopes à chaque instant ; il fallait prendre une décision : le 20 août, curettage du cancer.

A partir de ce jour, les pertes cessent complètement et la malade, quoique très affaiblie, continue sa grossesse.

Le 10 septembre, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le fœtus est placé transversalement, le dos en avant ; il est vivant et viable.

Mais le cancer a considérablement progressé depuis le curettage ; il s'est beaucoup étendu en avant dans la région de la vessie. Il est impossible d'attendre plus longtemps sans s'exposer à voir la tumeur devenir inopérable. M. Legueu se décide à pratiquer la césarienne et l'hystérectomie abdominale.

Laparotomie le 12 septembre. Sur le fond de l'utérus, M. Legueu fait une incision verticale de 15 centim. environ, qui se prolonge un peu sur la face antérieure ; hémorrhagie peu considérable ; l'enfant est extrait vivant. Le placenta, qui s'insérait sur la face antérieure de

l'utérus, est laissé en place. L'utérus revient sur lui-même sans saignement notable. La malade est mise en position déclive. L'utérus, par son volume, gène l'ablation du col. M. Legueu enlève le corps de l'utérus et procède dans un second temps à l'isolement de la vessie et à l'excision du cancer. En dix minutes, le cancer était enlevé et le vagin réséqué dans son tiers supérieur. Le cancer, au moment de la section, avait versé dans le bassin une sécrétion ichoreuse et septique. Double drainage vaginal et abdominal; suture de la paroi en un seul plan au fil d'argent. L'opération, tout compris, avait duré trois quarts d'heure.

L'enfant fut difficile à ranimer ; la respiration fut d'abord irrégulière. Cependant, par des bains sinapisés et à l'aide de l'insufflation, il fut ranimé et placé dans la couveuse. Malgré tous les soins, il succombait le soir : il pesait 1 kilogr. 750; le placenta pesait 350 grammes.

Pour la mère, les suites de l'opération furent simples. Au quatrième jour, les mèches abdominales sont enlevées et remplacées par un tube. Au sixième jour, on enlève les mèches vaginales, qui sont imprégnées d'une forte odeur. Les-fils de la paroi furent enlevés le treizième jour. Il y avait sur l'uretère droit une petite fistule qui donnait une centaine de grammes d'urine par jour. La malade quitta le service, guérie, au bout de six semaines.

Actuellement, il y a du côté droit un point induré à l'angle de la cicatrice vaginale ; il y a certainement déjà récidive locale.

L'évolution de ce cancer a donc été aggravée d'une façon manifeste au cours de la grossesse ; c'est d'ailleurs la règle.

Au point de vue opératoire, le succès est complet ou à peu près ; mais au point de vue thérapeutique, le résultat est absolument nul, puisque l'enfant est mort et que la mère ne survivra probablement pas longtemps.

A propos de cette observation personnelle, M. Legueu discute la question de la conduite à tenir dans les cas de cancers de l'utérus gravide, chirurgicalement opérable.

Dans les trois premiers mois, dès que le diagnostic est établi, M. Legueu pense qu'il est préférable de faire immédiatement l'hystérectomie totale, et il préfère pratiquer cette hystérectomie par la voie abdominale.

Après le troisième mois, on peut se comporter de trois façons : 1° attendre l'accouchement spontané ou provoquer l'accouchement

prématuré et se comporter ultérieurement par rapport au cancer comme il convient; 2° attendre le travail pour faire à ce moment la césarienne et l'hystérectomie; 3° devancer le terme et faire aux environs du 8° mois la césarienne et l'hystérectomie abdominale. C'est à cette dernière conduite que M. Legueu donne la préférence.

Séance du 11 février 1901.

M. Routier. — *Rapport* sur une observation de M. O. Lambret (de Lille) intitulée : « **Opération césarienne suivie d'hystérectomie deux ans après une urétéro-cysto-néostomie abdominale.** » — La femme dont il s'agit a eu deux accouchements longs et laborieux; forceps, enfants morts. Son bassin est rétréci (D. promonto sous-pubien, 9 cent.). Six jours après le second accouchement, perte d'urine par le vagin. Diagnostic : fistule urétéro-vaginale gauche. Urétéro-cysto-néostomie par la voie abdominale le 2 août 1898. L'uretère était très dilaté. Sonde urétérale retirée le quatrième jour. Suites simples, guérison.

En mai 1900, cette femme, enceinte de huit mois, vient consulter M. Oui qui fut d'avis de laisser continuer la grossesse et d'intervenir au moment du travail s'il y avait lieu. Début du travail le 26 juillet. Entrée à l'hôpital le 28 juillet. Opération césarienne suivie d'hystérectomie par le procédé américain. L'uretère n'était pas dilaté. Enfant vivant de 4,990 grammes.

Suites opératoires simples. Allaitement maternel parfait.

M. Routier s'est trouvé en présence d'un cas semblable et a suivi la même ligne de conduite que M. Lambret. Son observation a été déjà présentée à la Société de chirurgie. En voici le résumé :

Femme de 21 ; ans 1 accouchement en juillet 1895. Rétrécissement du bassin; forceps; enfant mort; infection puerpérale. Dès le cinquième jour, perte d'urine par le vagin. Diagnostic : fistule urétérale gauche. Le 16 novembre 1895, urétéro-cysto-néostomie. L'uretère n'était pas dilaté. Guérison.

En 1897, seconde grossesse. Basiotripsie.

En novembre 1898, elle revient à la clinique Baudelocque, à terme. Opération césarienne pratiquée d'après l'avis de M. Pinard, par M. Routier, et suivie de l'hystérectomie abdominale totale. Enfant vivant. Mort de la mère (une des ligatures du pédicule avait cédé). A l'autopsie, on constata que le rein gauche était réduit à une coque bosselée à parois minces, contenant un liquide clair. Uretère dilaté

terminé en cul-de-sac à 3 centim. de la vessie, se continuant avec un cordon fibreux qui allait à la vessie, creusé à partir de la vessie d'un canal qui se termine en cul-de-sac.

M. Pinard. — M. Routier a insisté sur ce que l'opérée de M. Lambret a été après l'hystérectomie une excellente nourrice. M. Pinard a à maintes reprises fait allaiter avec succès des femmes chez lesquelles il avait pratiqué l'opération de Porro. Les nourrisseurs font d'ailleurs castrer leurs vaches laitières pour augmenter et prolonger la lactation.

M. Pozzi. — Lors de sa première opération, M. Routier a-t-il mis une sonde à demeure ?

M. Routier. — Non. Mais, après l'opération, cette femme rendait plus d'un litre d'urine au lieu de 600 grammes comme auparavant. Il était trop tôt pour songer à la suppléance, et on était en droit de penser que l'uretère était perméable.

M. Pozzi. — La polyurie qui a suivi l'opération n'est pas une preuve de la perméabilité de l'uretère; il peut, en effet, s'établir une suppléance fonctionnelle du rein du côté opposé.

M. Champetier de Ribes. — Quelles sont les raisons qui ont fait choisir d'emblée à M. Pinard l'opération césarienne, lors du dernier accouchement de l'opérée de M. Routier ?

M. Pinard. — Ce n'est pas le rétrécissement du bassin, mais les modifications (changements de rapports, rétractions cicatricielles) apportées au canal parturient mou par les opérations antérieures qui ont été, dans ce cas, l'indication de l'opération césarienne.

M. Champetier de Ribes pense, comme M. Pinard, que quand il y a eu des délabrements des parties molles suffisants pour aboutir à une fistule, il n'y a guère à espérer une heureuse terminaison par les voies naturelles. Dans le cas de M. Routier, le fait qu'après deux jours de travail il n'y avait encore aucune modification du col est une preuve de lésions profondes du col et du segment inférieur.

M. Pinard. — *Rapport* **sur deux observations de M. Delanglade (de Marseille) intitulées : « Hystérectomie pour épithélioma du col compliqué de grossesse »** (1).

A propos de l'observation I, dans laquelle la grossesse de quatre mois environ a été méconnue, M. Pinard attire l'attention des chirurgiens

(1) Voir plus haut, page 270.

sur le diagnostic de la grossesse dans le premier mois, diagnostic basé : 1° sur l'absence des règles. Quand une femme a ses règles comme à l'ordinaire, elle n'est pas enceinte. Quand elle est enceinte, elle n'a pas ses règles comme à l'ordinaire; 2° sur l'augmentation de volume et la situation de l'utérus gravide : à 4 mois l'utérus gravide a généralement son fond en rapport avec l'ombilic. L'utérus cancéreux vide, même atteint de pyométrie, peut-il constituer une tumeur semblable ? M. Pinard ne le croit pas, et conclut que le diagnostic de grossesse dans le cas de cancer de l'utérus peut souvent être posé avant le quatrième mois.

L'observation II montre que la grossesse peut évoluer jusqu'à terme ou près du terme dans un utérus dont le col est cancéreux. C'est là une notion de première importance à propos de la conduite à tenir chez une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus. Quant à la conduite tenue par M. Delanglade appelé auprès de sa malade en travail, elle ne peut rencontrer aujourd'hui qu'un assentiment unanime.

Discussion sur la communication de M. Leguéu intitulée **Hystérectomie abdominale pour cancer au huitième mois de la grossesse** (1).

M. Pozzi croit qu'il faut diviser la grossesse en deux périodes :

1° Celle où il est difficile de reconnaître sûrement l'existence d'une grossesse, c'est-à-dire avant le quatrième mois ; à cette époque, le fœtus a pour lui peu de chances de vie, il peut succomber ou être expulsé prématurément ; d'autre part, si on attend, les lésions peuvent prendre un caractère galopant ; la femme risque de mourir d'hémorrhagie ou de cachexie septique ; dans ce cas, les deux existences seraient sacrifiées. Il faut donc agir dès qu'on le peut, c'est-à-dire au début de la grossesse ;

2° Si la femme a atteint la seconde moitié de la grossesse, deux cas peuvent se présenter : si elle supporte mal ses lésions, et qu'elle menace de mourir, il faut opérer. Mais si elle les supporte bien ou assez bien, le fœtus a plus de chances de se développer normalement, et il faut alors tout lui sacrifier. Donc, pour peu que la femme tolère son cancer, sans accidents graves, il faut attendre jusqu'à ce que le fœtus soit viable, c'est-à-dire jusqu'aux environs de huit mois.

Faut-il provoquer l'accouchement à cette époque, ou attendre que le travail se déclare ? Il faut opérer avant le travail ; car le travail peut être grave (rupture utérine, septicémie).

---

(1) Séance du 14 janvier 1901.

Pour la technique opératoire, quand l'utérus est petit, et que l'hystérectomie vaginale est possible, il est tentant d'enlever l'utérus par cette voie. Dans tous les cas cependant M. Pozzi incline pour l'hystérectomie abdominale. Quand on attendra la fin de la grossesse pour intervenir, il faudra faire évidemment l'hystérectomie abdominale totale après la césarienne.

M. Bouilly. — Il faut se laisser guider par ce principe : une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue, quelle que soit la conduite que l'on tiendra. Il n'y a donc aucun avantage à supprimer une grossesse, puisque la femme est forcément sacrifiée. Plus on va et plus on a de chances de continuation de la grossesse. Il n'y a qu'un des facteurs qui soit intéressant, c'est l'enfant. On le laissera se développer et on se contentera de l'opération la plus simple qui soit : accouchement naturel ou opération césarienne typique.

En résumé, la conduite à tenir, c'est l'abandon de la mère en faveur de l'enfant.

M. Pinard discute les remarques dont M. Legueu a fait suivre son observation.

Et d'abord « la règle qui veut que tout cancer utérin soit aggravé dans sa marche par l'existence de la grossesse » est loin d'être acceptée par M. Pinard. Que nombre de cancers évoluent rapidement pendant la grossesse, cela est certain ; mais on ne peut admettre que toute femme atteinte de cancer utérin soit vouée à une mort très prochaine parce qu'elle est enceinte. On trouve dans la littérature obstétricale plus de 15 observations de femmes ayant eu plusieurs grossesses avec un utérus cancéreux. M. Pinard apporte une observation de ce genre : femme de 32 ans, VIIIpare, accouche le 24 août 1897 d'un enfant vivant, de 3,700 grammes ; à cette époque elle avait au niveau de la lèvre postérieure du col une induration limitée, saignante, du volume d'une noix. Elle quitte la clinique, volontairement, non opérée, et ne revient que le 10 juin 1898, enceinte de cinq mois, avec des pertes roussâtres : la tumeur du col a le volume d'une grosse noix. Le 9 septembre, rupture prématurée des membranes ; le 10, apparition des premières douleurs ; le 17 au matin, entrée à la Clinique Baudelocque (temp. 39°, pouls 120), où elle accouche le soir même, spontanément, d'un enfant de 3,140 grammes ; elle meurt d'infection le troisième jour. Chez cette femme dont l'utérus était cancéreux, deux grossesses successives ont donc évolué jusqu'à terme, donnant des enfants vivants.

Au point de vue des indications opératoires, il ne saurait être question ni de sacrifier l'enfant pour sauver la mère, ni de sacrifier la mère pour sauver l'enfant : il n'y a jamais de sacrifice à faire; il peut y avoir avantage, et dans des cas exceptionnels seulement, lorsque la mère et l'enfant sont en danger de mort, à sauver la mère en pratiquant l'avortement thérapeutique. Mais en matière de cancer utérin la situation est toute différente. L'avortement, quand le cancer n'est soumis à aucun traitement chirurgical, n'est pas aussi fréquent qu'on veut bien le dire. Sur 11 cas personnels, M. Pinard a vu 10 fois la grossesse évoluer jusqu'à terme ou près du terme. D'autre part, le fœtus se développe d'une façon tout à fait normale, et chez une femme de 26 ans qui, pendant sa grossesse, eut de fréquentes et abondantes hémorrhagies, M. Pinard a vu un enfant vivant de 4,100 gr. être expulsé spontanément. Quant à la survie plus importante chez les jeunes femmes opérées au 3e mois de leur grossesse, elle est loin d'être prouvée comme règle générale. Telles sont les raisons pour lesquelles M. Pinard ne partage pas l'opinion de M. Legueu.

Au delà de la moitié du 7e mois, M. Pinard n'est pas d'avis d'opérer dès que la viabilité du fœtus est assurée. Les erreurs sont trop communes dans l'appréciation de la date de l'intervention. L'observation de M. Legueu en est un exemple de plus. D'ailleurs, même en admettant que le fœtus soit viable et vivant, c'est toujours un prématuré.

La statistique présentée par M. Legueu concernant les femmes opérées pendant le travail est assombrie par ce fait que les femmes étaient en travail depuis trop longtemps. M. Pinard montre les dangers de cette longue expectation et rapporte deux observations dont il a été autrefois le témoin et qui furent suivies de mort, l'extraction, très laborieuse, ayant été faite après un travail prolongé par les voies naturelles. Ce qu'il faut faire, c'est, pour peu que la dilatation tarde à se faire, pratiquer la laparotomie, extraire l'enfant par section césarienne et faire l'amputation utéro-ovarique. M. Pinard rapporte deux observations de Porro faites dans ces conditions : l'une a donné un enfant vivant de 3,220 gr.; la mère est morte 6 mois après l'intervention; l'autre un enfant vivant de 2,870 gr. avec guérison opératoire de la mère.

Les conclusions de M. Pinard sont les suivantes :

Pendant la grossesse, quel que soit son âge, l'expectation doit être la règle. S'abstenir d'intervention sur le col; les injections chaudes, l'eau oxygénée, le tamponnement très modéré, la morphine constituent le traitement suivant les indications.

Pendant le travail, si toutes les périodes s'accomplissent spontanément, laisser l'accouchement se faire spontanément; si la dilatation est entravée par les lésions du col, faire la laparotomie de suite, extraire le fœtus par hystérotomie et amputer la portion amputable de l'utérus.

M. Varnier appuie dans le sens de MM. Pinard et Bouilly.

Dans l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale du cancer utérin, c'est vouloir trop embrasser que poursuivre à la fois le salut de l'enfant et ce qu'on dénomme, un peu emphatiquement peut-être, le salut de la mère.

Il faut prendre parti pour l'un ou pour l'autre.

Ceux qui, en considération des quelques rares extirpations totales d'utérus gravides ou puerpéraux non suivies de récidive après quatre ans (Hofmeier), après cinq ans trois quarts, six ans et demi, sept ans et demi (Olshausen), après huit ans et demi (de Ott), croient à la possibilité d'une longue survie, ne doivent point hésiter en présence d'un cancer opérable à adopter la formule absolue de Mackenrodt : « Quel que soit l'âge de la grossesse, il faut procéder à l'extirpation de l'utérus. »

Ceux au contraire qui, en considération des très nombreuses extirpations totales rapidement suivies de récidive, sont quelque peu découragés de poursuivre, aux dépens de l'enfant, « unité utile », l'improbable prolongation d'une « vie condamnée à longue ou à brève échéance », ne doivent point hésiter, quel que soit l'âge supposé de la grossesse, à s'abstenir d'une intervention fœticide.

C'est dire que tout ce qui se rapprochera de l'accouchement prématuré « à sept mois et demi ou huit mois » sera franchement rejeté.

M. Varnier est de ceux qui attendent la fin de la grossesse, ou mieux, *le début du travail,* seul repère certain de cette fin, pour faire sans hésiter l'opération césarienne suivie, suivant les cas, soit de la simple amputation utéro-ovarique à la manière de Porro, soit, sans grand enthousiasme, au cas de cancer encore opérable, de l'hystérectomie totale.

La statistique de Leguen semble montrer l'extrême gravité de l'hystérectomie abdominale pratiquée au cours du travail. Sur six opérations pratiquées dans ces conditions et appartenant à Schröder (2 cas), Murphy, Fochier, Freund, Mœller, il trouve cinq morts, (83 p. 100), avec une guérison ; deux enfants seulement furent extraits vivants. En réalité il s'agit là, dans 5 cas sur 6, d'interventions pratiquées

après des tergiversations et une expectation prolongées, alors que du fait de la longue durée du travail s'étaient déjà développées l'infection, la putréfaction utéro-vaginales.

Le résultat est tout différent chez une femme opérée au début du travail et surveillée. Il n'y a alors aucun intérêt à devancer le terme d'un mois.

M. Champetier de Ribes est de l'avis de MM. Bouilly, Pinard et Varnier. On ne doit penser qu'à tout mettre en œuvre pour amener la grossesse à terme. Si l'état de la femme devient grave, par hémorrhagies ou cachexie cancéreuse, on peut être obligé d'interrompre le cours de la grossesse avant son terme. Mais on n'opérera jamais que pour ne pas être obligé de faire une opération césarienne fort incertaine et non pas dans le but de prolonger la vie de la mère.

Si le travail débute spontanément, prématurément, et s'il marche rapidement, on le laissera marcher, car on sait que la dilatation peut se faire avec un col très malade ; mais il ne faudra pas attendre trop longtemps pour faire la césarienne.

M. Pozzi. — La vie du fœtus, au début de la grossesse, est très problématique, et le sacrifice de cette vie précaire ne servirait-il qu'à prolonger de quelques mois celle de la mère, qu'il faudrait le faire. Le sursis donné à la femme peut être appréciable ; il vaut donc mieux risquer de prolonger la vie de la femme, plutôt que de la sacrifier à une grossesse dont l'heureuse terminaison est problématique.

Si l'on est appelé à la fin de la grossesse, M. Pozzi, convaincu par les arguments qui viennent d'être donnés, attendrait pour intervenir le début du travail, surtout si la femme peut être surveillée dans une clinique. L'intervention sera l'hystérectomie abdominale totale après césarienne plutôt que le Porro.

MM. Lepage et Grosse. — **Mort du fœtus par arrachement des vaisseaux du cordon pendant le travail.** — Il s'agit d'une femme de 25 ans, IVpare (1 avortement de 3 mois, 1 accouchement prématuré à 6 mois, 1 accouchement à terme). Fin des dernières règles, 1er juin 1900 ; léger écoulement rosé, le 26 août. Début des contractions utérines douloureuses, le 15 décembre : douleurs intermittentes ; pas d'hémorrhagie. Le soir du 17 décembre, elle sent encore remuer son enfant. Le 18 décembre, à neuf heures et demie du matin, elle arrive à la Maternité de la Pitié. Sa chemise est largement souillée de sang. La dilatation est complète. Expulsion immédiate du fœtus dans les mem-

branes non rompues, mais complètement séparées de la masse placentaire.

Le liquide amniotique, de quantité normale, est légèrement rosé. Le fœtus, long de 39 centim., pesant 1,180 gr., est complètement décoloré. Pas de mouvements respiratoires ; pas de mouvements cardiaques : il ne présente aucune trace de macération ; le cordon, long de 39 centim., faisait un circulaire autour du cou. Le placenta, apparu à la vulve, et se présentant par sa face utérine, est immédiatement extrait. Ses grands diamètres sont de 16 et 10 cent. ; il est bordé. Il y avait rupture des vaisseaux du cordon au niveau de leur division, sur la face fœtale du placenta, et arrachement des vaisseaux qui cheminaient sur la surface fœtale du placenta.

Dans cette observation il a fallu, pour produire l'arrachement du cordon au niveau du placenta, le concours de plusieurs circonstances :

1° La brièveté du cordon qui, ne mesurant que 39 centim., était encore raccourci dans sa portion libre par un circulaire autour du cou ; 2° la disposition des vaisseaux du cordon qui ne se ramifiaient sur la surface fœtale que d'un seul côté, le placenta étant bordé ; 3° l'âge de la grossesse (six mois et demi au plus).

Cette observation est intéressante à un double titre : elle vient s'ajouter à celles déjà connues d'expulsion de l'œuf dans le sac amniotique à une époque déjà avancée de la grossesse (en particulier 3 faits de Varnier in l'*Obstétrique journalière* et 1 de Lepage, in thèse de Surrel, Paris 1899) ; elle rentre également dans les faits de mort du fœtus par déchirure des vaisseaux du cordon au cours du travail. Dans tous ces faits il s'agit le plus souvent soit d'une insertion vélamenteuse du cordon, ou d'une insertion en raquette, ou d'un placenta bordé ; soit d'un arrachement du cordon trop court au cours de l'expulsion du fœtus.

L'hémorrhagie fœtale n'est pas toujours mortelle. Le danger que court le fœtus varie suivant l'abondance de l'hémorrhagie et, surtout, suivant le moment du travail où elle survient.

Dans ces cas d'arrachement du cordon on comprend que, exceptionnellement, le cordon accompagné des seules membranes puisse rester dans les doigts de l'accoucheur sans que celui-ci ait exercé de tractions imprudentes pendant la période de délivrance.

M. Varnier. — Deux interprétations aussi rationnelles l'une que l'autre peuvent être données à l'observation de M. Lepage : la mort du

fœtus par hémorrhagie, ou la mort résultant de la déchirure du cordon sans hémorrhagie, par cessation des échanges fœto-maternels.

M. Lepage pense que la mort par hémorrhagie est à peu près certaine dans son observation. La décoloration des tissus du fœtus en est le témoignage. Si elle résultait d'une brusque cessation des échanges fœto-maternels, le fœtus aurait présenté une coloration bleuâtre.

VARIÉTÉS

Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

3e session — Nantes — *septembre 1901.*

La 3e session du Congrès périodique national de *Gynécologie*, d'*Obstétrique* et de *Pédiatrie* aura lieu cette année à Nantes, et s'ouvrira, le 23 septembre 1901, sous la présidence générale de M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (section de Pédiatrie), et la présidence de MM. les Drs Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour la section de Gynécologie, et Queirel, professeur à l'École de médecine de Marseille, chirurgien en chef de la Maternité, pour la section d'Obstétrique.

Toute personne pourra se faire inscrire comme membre du Congrès moyennant une cotisation de 20 francs.

Cette cotisation est réduite à 10 francs pour les étudiants en médecine.

Les membres souscripteurs auront droit à toutes les publications du Congrès et recevront, avant l'ouverture de la session, un exemplaire imprimé de tous les rapports sur les questions mises à l'ordre du jour.

Ils auront droit de participer à toutes les réunions, fêtes, excursions organisées par le Comité local.

Les questions qui feront l'objet d'un rapport ont été arrêtées comme suit entre le Secrétaire général et les Présidents des sections :

Gynécologie

1° De l'antéflexion utérine congénitale, comme cause de stérilité et de son traitement. *Rapporteur :* Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux de Paris.

2° Des causes qui favorisent la grossesse ectopique. *Rapporteur :* Dr Varnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris.

3° De l'intervention chirurgicale dans la dystocie par fibromes. *Rapporteur :* Dr Boursier, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Obstétrique

1° Du traitement de la rupture utérine. *Rapporteur :* Dr Varnier.

2° De l'inversion utérine, traitement. *Rapporteur :* Dr Oui, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille.

3° Du sort des prématurés. *Rapporteur :* M. Couvelaire, interne à la Maternité de Paris.

4° Des vomissements incoercibles de la grossesse. *Rapporteur :* Dr Hugé, de Nantes.

5° Sur la mensuration radiographique du bassin. *Rapporteur :* Dr Morin, de Nantes.

Pédiatrie

1° De l'arthritisme chez les enfants. *Rapporteur :* Dr Comby, médecin des hôpitaux de Paris (Enfants-Malades).

2° Des manifestations méningées au cours des infections digestives de l'enfance. *Rapporteur :* Dr Louis Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Paris.

3° Des albuminuries intermittentes chez l'enfant. *Rapporteur :* Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

4° La défense de l'enfance (puériculture, allaitement, sevrage). *Rapporteur :* Dr Ollive, professeur à l'École de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux.

5° Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales. *Rapporteur :* Dr Poisson, professeur à l'École de médecine de Nantes, chirurgien de l'hôpital marin de Pen-Bron.

6° De la scoliose, son traitement par la kinésithérapie. *Rapporteur :* Dr Saquet, de Nantes.

Nantes, le 1er février 1901.

Le 28 décembre 1901, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque *(une somme de 1,200 francs est disponible)* **à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un sujet restant au choix de l'auteur, mais ne sortant pas, pour cette fois, du cadre des affections gynécologiques ou vénériennes. Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, avant le 1er octobre 1901. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque, avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.**

Le Secrétaire général,

Dr V. GUILLEMET,

Professeur de Clinique obstétricale à l'École de médecine de Nantes.

OUVRAGES REÇUS

Ricerche istologische sull'epitelio e sulle paracheratosi dell'amnios umano, par G. MIGLIORINI. Padoue, in-8°, Turin Clausen, 1900.

Contributo casuistico alla posizione Dr Walcher, par GIUSEPPE CROSTALLI. In-8°, Milan, Vallardi, édit., 1900.

Sulla rottura delle membrane, par GINO MIGLIORINI. In-8°, Milan, Cogliati, 1899.

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques, par J.-L. VALENCY. In-8°, Paris, Doin, 1900.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bandler. The ovary; its relation to normal functions. *Med. Record*, 26 mars, 1900, p. 405. — **Bouët.** *Congestions pleuro-pulmonaires d'origine ovarienne.* Th. Paris, 1900-1901, n° 195. — **Bousquet (H.).** Analgésie par l'injection intra-rachidienne de cocaïne dans le canal médullaire.

Le Centre Méd., 1901, nº 8, p. 155. — **Engländer** (B.). Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrusen-hypertrophie bei einer Frau. *Wien. klin. Wochensch.*, 17 janv. 1901, p. 65. — **Garcia** (D.). Un caso extraordinario de hipertrofia mamilar de la pubertad. *Cronica med. Mexicana*, 1901, nº 3, p. 45. — **Geoffroy**. La kinésithérapie. · La misère gynécologique. *Journ. de la santé*, 3 mars 1901, p. 167. — **Geoffroy Saint-Hilaire**. La kinésithérapie. Puberté et ménopause. *Journ. de la santé*, 10 mars 1901, p, 187. — **Grasmück** (A.). Ein weiterer Fall von Hypertrophie der weiblichen Brustdruse. *Cent. f. Gynäk.*, 5 janv. 1901, p. 6. — **Guiard**. Pathogénie et prophylaxie des génitalités féminines post-matrimoniales. *La Semaine gynécologique*, Paris, 29 janvier 1901, p 33. — **Hall** (Rufus B). The education of the laity upon sexual matters ; when shall they be tought, and to what extent ? *Americrn Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 577. — **Hawley** (N. J.). et **Taussig** (F.J.). Subarachnoid cocainization in obstetrics and gynæcology ; a report of twenty-one cases. *Med. Record*, 19 janv. 1901, p. 91. — **James Nephew West**. The Element of time in operations. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 44. — **Johannovsky**. Casuistische Beiträge zur operativen Gyn. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Hft. 3, p. 323. — **Lanelongue**. Sur 2 cas de tumeurs du sein. *La Touraine méd.*, 15 janv. 1901, p. 1. — **Lewerens**. Ueber die mit den Beckenorganen in Zusammenhang stehenden Bauchdechenfisteln, *Monat. f. Geb. u. Gyn.* 1901, Hft. 3, p. 310. — **Londe** et **Monod**. Tympanisme hystérique, laparotomie, récidive. *Gazette hebd. de méd. et de chirurg.*, 1901, nº 97, p. 113. — **Monin** (E.). Hygiène de la puberté chez la femme. *Journal de la Santé*, 6 janv. 1901, p. 5. — **Morris** (R. T.). Notes on ovarian grafting *Med. Record*, 19 janv. 1901, p. 83. — **Oliver** (Th.). A clinical lecture on mal guant diseases of the female genitalia. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 133 — **Pichevin**. Diagn. histol. du cancer. *Sem. gynécologique*, 18 déc. 1900.— **Robin** et **Dalché**. Traitement médical des maladies des femmes. *La Semaine gynécologique*. Paris, 22 janvier 1901, p. 25. — **Rutherford Morrison**. Some new method in Pelvic operations in the female. *Britisch gynecological Journal*, fév. 1901, p. 272.— **Sippel**. Tuberc. der weiblichen Genitalien und der Bauchfells. *Deutsch. med. Woch.*, 17 janv 1901, nº 3. — **Sutton**. **Stransburg** (R.). Combined surgical operation in female subjects at a single seance. *N. Y. med. journal*, 16 fév. 1901, p. 270.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. ANTISEPSIE ET INSTRUMENTS. — **Carstens** (J. H.). The ligature, and value of dry sterilized catgut. *American journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 672. — **Fenger Just**. et **A. Madsen**. Ein operationstisch f. Laparotomie u. besonders für Operationen im kleinen Becken. *Cent. f. Gyn.*, 1901, nº 9, p. 221. — **Fraisse** (G.). Speculum. *Rev. clinique d'andr. et de gyn.*, 1901, nº 3, p. 73. — **Herbécourt** (E. d'). *La voie vaginale sans hystérectomie*. Th. Paris, 1900-1901, nº 135. — **Jonnesco** (T.). Nuovo dilatatore abodminale applicabile a tutte le laparotomie. *La clinica ostetrica*, janvier 1901, p. 1. — **Krummacher**. Beiträge zur Technik u. Indication der Metreuryse. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1901, nº 11, p. 293. — — **Lafond-Grellety**. Du sérum gélatiné en gynécologie. *Gaz. hebdom. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1901, nº 6. p. 63. — **La Torre** (F). La cura ellettrica delle malattie uterine. *La clinica ostetrica*, déc. 1900, p. 453. — **Muller**. Zur Händedesinfection. *Deutsch. med. Woch.*, 24 janv. 1901,

nº 4. — **Olshausen** (**R.**). Zur gynäkologischen Massage. *Cent. f. Gynäk.*, 19 janv. 1901, p. 65. — **Piering** (**O.**). Ueber Massage bei Frauenkrankheiten. *Prager med. Wochensch.*, 24 janv. 1901, p. 41. — **Spaeth**. Antipyrin-Salol als Hœmostypticum. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Hft. 3, p. 350. — **Sticher**. Zur Kontrolle unserer Dampfsterilisirapparate. *Cent. f. Gyn.*, 1901, nº 10, p. 247. — **Strassmann**. Bemerkungen zur Händedesinfektion insbesondere über Lisoform. *Cent. f. Gyn.*, 1901, nº 11, p. 265.

VULVE ET VAGIN. — **Delétrez**. Eléphantiasis de la vulve. *Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, 22 déc. 1900, p. 357. — **Ehrmann**. Zur Casuistik der tuberculosen Geschwüre des ausseren Genitales. *Wiener Mediz. Presse*, 1901, nº 5, p. 201. — **Ill** (**Ed. J.**). Papilloma of the vulva, with specimens. *American journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 654. — **Lapeyre**. Voie vaginale. Sa sécurité quand son emploi est limité à ses vraies indications. *Gazette méd. d. Centre*, 1901, nº 2, p. 17. — **Skene Keith**. An unusual cause of vaginitis. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 146. — **Strobell** (**C.**). Vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 65.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PERINÉORRHAPHIE. — **Barnsby**. Traitement de choix dans les ruptures du périnée avec déchirure de la cloison recto-vaginale. *Revue de Gyn. et de Chirurg. abd.*, 1901, nº 1, p. 3. — **Bowen** (**O.**). Complete inversion of the uterus. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 145. — **Duncan Emmet** (**J.**). The cure of complete Prolapsus uteri by Plastic Surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, nº 2, p. 113. — **Durban** (**D.**). A case of complete inversion of the uterus. *Lancet*, 17 nov, 1900, 1419. — **Fritsch** (**H.**). Über subkutane Durchschneidung des sphinkter bei Wiederherstellung des Dammes. *Cent. f. Gynäk.*, 12 janv. 1901, p. 37. — **Goldspohn** (**A.**). Erroneous objections to bilateral inguinal celiotomy and Shortening of the round ligaments via the dilated internal inguinal rings, and its superior ultimate results in simple and complicated aseptic retroversions of the uterus. *American Journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 613. — **Hassel**. Quelques colpo-périnéorrhaphies. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1901, nº 10, p. 194. — **Le Dentu**. Des rétro-déviations. Leçon clinique faite à l'hôpital Necker. *La Semaine gynécologique*. Paris, 12 février 1901, p. 49. — **Le Dentu**. Traitement des rétro-déviations utérines. *Sem. gynéc.*, 19 mars 1901. — **Micaud**. Résultats éloignés d'une ventro-fixation. *La Loire médicale*, 1901, nº 3, p. 69. — **Oliver** (**Th.**). A case of chronic inversion of the uterus of seven months of duration successfully treated by Aveling's repositor. *The Lancet*, 12 janv. 1901, p. 93. — **Reed** (**Ch. A. L.**). A contribution to the surgical treatment of uterine displacements. *American Journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 584. — **Rose**. Temporäre Ventrofixation. *Centralb. f. Gyn.*, 23 Mary 1901. — **Rufus** (**A.**). Anteflexion. Its importance and its operative treatment. *Annals of Gyn. and Ped.*, janv. 1901, p. 238. — **Schrœder**. Häufigkeit der Retroversioflexio uteri bei Frauen ohne Genital symptom. *Wien. med. Presse*, 30 déc. 1900. — **Seeligmann**. Zur Behandlung der rückwarts gelagerten. schwangeren incarcerirten Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1901, nº 5, p. 129. — **Steffeck**. Zur Behandlung d. path. Fixation der Uterus. *Deutsch. med. Woch.* — **Van Hamel**. Quelques colpo-périneorrhaphies. *Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 224. — **Walter** (**B.**). **Chase**. Intra-pelvic operations

for relief of posterior uterine displacements. *The Am. Gynæc. a. Obst. J.*, 1901, n° 1, p. 5.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC — **Cragin (Edwin B.)** Metrorrhagia due to inflammatory processes within the pelvis. *N. Y. med. journal*, 2 mars 1901, p. 358. — **Dauthez**. *Métrite hémorrhagique dite essentielle*. Th. Paris, 1900-1901, n° 121. — **Dunning (L. H.)**. Acute senile endometritis. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 648. — **Geoffroy-Saint-Hilaire**. La kinésithérapie. Les métrites. *Journ. de la santé*, 17 mars 1901, p. 207. — **Hochl (Ern.)**. Abnorme Epitelbildungen im Kindlichenuterus. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1901. — **Inglis Parsons**. Persistent Metrorrhagie. *The Lancet*, février 1901, p. 547. — **Jacobs**. Utérus didelphe ; vagin double ; un vagin borgne latéral ; pyocolpos ; dilatation considérable du col. Pyomètre. *Bullet. Soc belge de Gyn. et d'Obst*, 1901, n° 10, p. 189. — **Lafond-Grellety**. Le chlorure de calcium dans les règle d'abondance exagérée. *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1901, n° 11, p. 123. — **Landau**. Ueber eine bisher nicht bekannte Form des Gebärmutterverschlusses. *Berlin. klin. Wochensch.* 1901, n° 8, p. 205. — **Moriarta (D. C.)**. Uterine curettement. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 1, p. 12. — **Morisani**. Contributo alla conoscenza della sifilide uterine tardiva. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 1, p. 27. — **Palmer Findlez**. Arteriosclerosis of the uterus, with a Report of a Case of so-called « Apoplexia utéri ». *Am. J. obst.*, janvier 1901, p. 30. — **Petit (Paul)**. A propos des perforations utérines. *Concours méd.*, 19 janv. 1901, p. 3. — **Pichevin**. Traitement de la cervicite par le procédé de Pouey. *Sem. Gynéc.*, 5 fév. 1901. — **Richelot et Barozzi**. Congestion et Sclérose de l'utérus. *La Gynécologie*, 1901, n° 1, p. 11. — **Sécheyron**. L'entérite muco-membraneuse grave. Ses rapports avec les affections utérines. *Arch. méd. de Toulouse*, 1er janvier 1901, p. 6. — **Talley (Fr. W.)**. Treatment of inflammary diseases of the uterus by irrigation. *Amer. Gyn. and. Obst. Journ.*, déc. 1900, p. 510. — **Theilhaber**. Die Ursachen d. präklimakterischen Blutungen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft. 3, p. 415.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Abram Brothers**. A case of congenital hypertrophy of the cervix, complicated by prolapsus and bilateral pyosalpinx, in a girl 17 years old ; vaginal hysterectomy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1901, n° 1, p. 10. — **Abram Brothers**. A case of Malignant chorion epithelioma or so-called deciduoma malignum. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 60. — **Bœckel (J.)**. Note sur l'hystérectomie abdominale totale basée sur 60 observations personnelles. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er janvier 1901, p. 1 ; — — **Boldt (H. J.)**. Vaginal *versus* abdominal hysterectomy for cancer of the uterus. *Amer. gyn. and obst. Journal*, déc. 1900, p. 501. — **Boursier (A.)**. Une évolution récente dans la chirurgie des fibromes utérins. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 janv. 1901, p. 37. — **Calderini**. Cancro dell' utero. *Lucina*, février 1901, p. 13. — **Calderini**. Cancro dell' utero. *Lucina*, 1901, n° 3, p. 29. — **Candia**. Ancora alcuni casi di grossi fibromi uterini operati per vaginam con conservazione della matrice. *Archivio di ost. e ginec.*, 1901, n° 1, p. 1. — **Condamin**. Note sur deux cas de dégénérescence maligne developpée dans le moignon cervical après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Bull. de la Société de Chirurgie de Lyon*, nov. et déc. 1900, p. 40. — **Currier (Andrew F.)**. Cancer of the uterus. *N.-Y. med. Journ.*, 2 mars 1901, p. 370. — **Doléris (A.)**. Enucléation des fibromes utérins

par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeurs. *La Gynécologie,* 15 déc. 1900, p. 481. — **Doran** (A.). A case of hysterectomy for Uterine Fibroid in the Fifth Month of Pregnancy. *The Lancet,* mars 1901, p. 621. — **Erlach** (H. v.) et **Woerz** (H. R. v.). *Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses.* Wien, L. W. Seidel et fils, 1901. — **Ferroni**. Miofibroendotelioma dell' utero. *Ann. di ost. e ginec.,* fév. 1901, p. 115. — **Fish** (E. F.). The treatment of fibroids in the non-pregnant uterus. *American Journ. of obstetrics,* nov. 1900, p. 676. — **Fochier**. Sur une conséquence éloignée des ligatures après l'hystérectomie abdominale totale. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon,* nov. et déc. 1900, p. 27. — **Fothergill**. Microscopic sections of growth clinically resembling deciduoma malignum. *Transactions of the North of England obstetrical and gynecological Society Leeds,* janv. et fév. 1901, p. 7. — **Fournel**. Hystérectomie abdominale totale pour un gros fibrome de l'utérus. Guérison. *Journ. de chirurgie et de médecine,* fév. 1901, p. 1. — **Giles** (A.). A note on a case of fibromyoma of the uterus in a patient aged twenty three, with remarks on enucleation and myomectomy. *Trans. of the obst. Soc. of London,* 1901, vol. XLII, p. 299. — **Guibé**. *Calcification des myomes utérins.* Th. Paris, 1900-1901, nº 236. — **Handfield-Jones** (M.). A clinical lecture on diagnosis in cancer of the body of the womb. *Brit. med. Journ.,* 19 janv. 1901, p. 136. — **Henrotay**. Sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes. Six cas suivis de guérison. *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.,* 1900-1901, nº 9, p. 175. — **Hellier**. Two specimens of uteri with myomata removed by abdominal hysterectomy. *Transactions of the North of England obstetrical and gynæcological Society Leeds,* janvier et février 1900, p. 5. — **Homer** (Gage). Uterine Fibroids. *The Boston med. a. surg. J.,* février 1901, p. 178. — **Hubert Roberts**. A case of cancer of the Cervix associated with an adenomatous growth in the fundus. *Trans. of the Obst. Soc. of London,* 1900, vol. XLII, p. 267. — **Jacobs**. Nécrobiose d'un fibrome interstitiel. *Bullet. Soc. belge de gyn. et d'obst.,* 1901, nº 10, p. 188. — **Jahreiss**. Ein Fall von Uterusmyom, komplicirt durch Diabetes. *Cent. f. Gynäk.,* 12 janv. 1901, p. 40. — **Lea**. Benign adenoma of the uterus. *Transactions of the North of England obstetrical and gynecologicad Society Leeds,* janv. et fév. 1901. — **Lehmann**. Zur Kenntniss d. primaren Carcinome d. Corpus uteri. *Arch. f. Gyn.,* Bd LXII, Hft 3, p. 439. — **Leighton**. The palliative Treatment of Carcinoma uteri. *Brit. med. J.,* mars 1901, p. 634. — **Lewers** (A. H. N.). The after-results in 40 consecutive cases of vaginal hysterectomy performed for cancer of the uterus. *The Lancet,* 5 janv. 1901, p. 9. — **Lizcano** (D.). Sobre el cancer uterino. *La Correspondencia med.,* 24 fév. 1901, p. 76. — **Loumeau** (E.). Fibrome utérin simulant une tumeur de la vessie. *Ann. de la Policlinique de Bordeaux,* janv. 1901, p. 1. — **Macnaughton**. Myoma removed by Myo-hysterectomy. *The British gynäcological Journal,* fév. 1901, p. 265. — **Malins**. Oper. treatment of fibroïd tumours of the uterus. *Lancet,* 8 déc. 1900, p. 1637. — **Micholitsch** (Th.). Ein Fall von « erweiterter » Radikaloperation bei mit Schwangerschaft komplicirtern Uteruskrebs. *Cent. f Gynäk.,* 19 janv. 1901, p. 77. — **Picard**. *Quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.* Th. Paris, 1900-1901, nº 237. — **Picqué**. De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de septicémie puerpérale. Hystérectomie

supra-vaginale suivie de succès. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1901, n° 5, p. 124. — **Puppel**. Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in prœf. Lymphbahnen. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1901. — **Rochard**. De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale. *Bull. et mém. Soc. chirurg. Paris*, 1901, n° 8, p. 202. — **Ryale**. Case of hysterectomy for Myoma uteri and Broad ligament. *The British gynecological Journ.*, fév. 1901, p. 265. — **Schenk**. Ueber Dauererfolge nach Myomotonie (supravaginaler Amputation) und radicaler, abdominaler Adnexoperation. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXII, Hft 3, p. 455. — **Terrier**. Cas d'hystérectomie abdominale pour septicémie puerpérale. *Bullet. et mém. Soc. Chirurg.*, 1901, n° 9, p. 218. — **Trovati (G.)**. I metodi operativi nei tumori fibrosi dell' utero e delle loro indicazioni a proposito di 46-casi operati nella Maternita di Pammatone. *Pammatone*, 1900, n° 4, p. 129. — **Van Buren Knolt**. Sarcoma of the Uterus. *Annals of Surgery*, feb. 1901, n° 2. — **Walter**. Supra-vaginal hysterectomy in a case of rapid enlargement of a myoma fourteen years after the menaupose. *Transactions of the North of england obstetrical and gynecological Society Leeds*, janv. et fév. 1901, p. 10. — **Wetherill**. Two rare tumors. A calcareous uterine fibroma and a fibromyoma of the urethra. *Am. J. Obst.*, janv. 1901, p. 49.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Benhau**. The relations of Appendicitis to Diseases of the Uterine Appendages. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, n° 2, p. 103. — **Bishop**. Inflammation of the Fallopians tubes. *The British Gynæcological Journal*, 1901, p. 349. — **Brun**. Péritonite septique diffuse à pneumocoques chez l'enfant. *La Presse méd.*, 1901, n° 17, p. 93. — **Currier (A. F.)**. Clinical memoranda relating to appendicitis. *Annals of Gyn. and. Ped.*, janv. 1901, p. 248. — **Delagénière (H.)**. De l'appendice dans les affections de l'utérus et des annexes ou appendicites folliculaires, cancéreuses et tuberculeuses d'origine annexielle. *La Gynécologie*, 15 déc. 1900, p. 506. — **Delassus**. Panniculitis, myocellulitis, cellulitis pelvica. *Deutsche Mediz.-Zeitung*, 17 janv. 1901, p. 49. — **Drœse**. Ueber die Aufsuchung u. Eroffnung vereiterer parametritischer Exsudat durch Incision bez. Laparotomie. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXII, Hft 3, p. 517. — **Faure**. Salpingite et appendicite. *La Gynécologie*, 1901, n° 1, p. 32. — **Geoffroy-Saint-Hilaire**. La Kinésithérapie. Salpingo-ovarites. *Journ. de la santé*, 24 mars 1901, p. 228. — **Quillard**. *L'appendicite chez la femme*. Th. Paris, 1900-1901, n° 208. — **Lauwers**. Abcès ovarique à streptocoque et à colibacille. Cœliotomie. Mort. *Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 207. — **Mauger**. *Étude de l'ovarite suppurée*. Th. Paris, 1900–1901, p. 31. — **Noble (ch. P.)**. Proctorrhaphy: The suspension of the rectum for the cure of intractable prolapse and inversion of that organ. *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, déc. 1900, p. 521. — **Pichevin**. Cautérisation de l'ovaire scléro-kystique. *La Semaine gynécologique*, Paris 22 janvier 1901, p. 25. — **Price (J.)**. Pelvic suppurations. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 702. — **Ricketts (Ed.)**. Tubo-ovarian abcess and how Best to deal with it. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 659. — **Schnitzler**. Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. *Wiener medizinisch. Presse*, 1901, n° 6, p. 242; 354.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE — **Aubry**. *Torsion pédiculaire des kystes ovariens.* Th. Paris, 1900-1901, n° 120. — **Baudler** (S.). Dermoïd and other cysts of the ovary; their origin from the Wolffian Body. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 1; 182. — **Bidone** (E.). Sul processo intimo di guarigione nelle resezioni dell'ovaio. *Annali di ost. e ginec.* 1901, n° 1, p. 74. — **Boursier** (A.). Des kystes hydatiques du ligament large. *Rev. mens. de gyn., obst. et pæd. de Bordeaux*, déc. 1900, p. 569. — **Condamin**. Kystes de l'ovaire et grossesse. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, nov.-déc. 1900, p. 8. — **Earnest** (J.). A solid ovarian tumor. *The Am. gynæc. a. obst. J.*, 1901, n° 1, p. 19. — **Ehrenfest**. Cystenbildung in ovarialresten. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 8, p. 205. — **Fothergill**. Small ovarian cyst removed from patient who had had uterine hæmorrhage for five years. *Transactions of the North of England obstetric. and gynecological society Leeds*, janvier et février 1901, p. 6. — **Furneaus Jordon**. Carcinoma of the ovary and tubal pregnancy removed by vaginal Cœliotomy. *The British gynecological Journal*, fév. 1901, p. 290. — **Goldner** (S.). Sacrale exstirpation des Rectumcarcinoms mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus. *Wiener med. Presse*, 1901, n° 10, p. 442. — **Haultain** (F. W. N.). On intra-peritoneal ruptur of simple ovarian cysts, with special reference to operative treatment. *Edinburgh med. Journ.*, fév. 1901, p. 124. — **Jacobs**. Kyste séreux du ligament large à pédicule tordu : amputation spontanée de la trompe. *Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 204. — **Laidley** (L. H.). Fibroma of the ovary. *American journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 661. — **Lebesque**. Kyste suppuré de l'ovaire. *Ann. de la Soc. belge de chirurgie*, 21 déc. 1900, p. 345. — **Manton**. An unique case of intrapelvic hœmorrhage due to a hitherto indescribed new growth. *The Am. gynec. a. obst. J.*, 1901, n° 1, p. 20. — **Mauclaire** (P.). Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie. *La Gynécologie*, 15 déc. 1900, p. 494. — **Michaux**. Fibrome de la portion abdominale du ligament rond. *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1901, n° 6, p. 164. — **Morris**. Pregnancy Following Removal of Both Ovaries and Tubes. *The Boston Med. a. Surg J.*, janvier 1901, p. 86. — **Nanu** (G.). De la castration abdominale totale. *La Gynécologie*, 15 déc. 1900, p. 521. — **Hartz**. Mesonephrischen Geschw. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier, feb. 1901. — **Picqué** (L.). Kyste dermoïde de l'ovaire. Pièce osseuse portant huit dents et incluses dans la paroi, etc. *Bullet. et mém. de la Soc. de Chirurg.*, 1901, n° 5, p. 126. — **Pila**. *Etude critique de la castration chez la femme.* Th. Paris, 1900-1901, n° 229. — **Ross** (J. F. W.). Postrectal or presacral growths. *American Journ. of obstetrics*, nov. 1900, p. 629. — **Reinprecht**. Exstirpation einer rechtsseitigen ovarialcysten durch linksseitigen Leistenschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 5, p. 121. — **Schenk**. Pseudo-intraligamentaren Eierstocksgeschw. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1901. — **Ward Cousins**. Remarks on a case of retroperitoneal cyst. *British med. J.*, février 1901, p. 262. — **Williams**. Pseudo-cyst of abdomen. *British med. J.*, février 1901, p. 271.

ORGANES URINAIRES. — **Bierhoff** (F.). On gonorrheal cystitis in the female. *Med. News*, 12 janv. 1901, p. 49. — **Bierhoff**. The intravesical evidences of perivesical inflammatory Processes in the female.

Med. News, p. 367. — **Clouchek.** Foreign Body in the Urethra. *Med. News*, février 1901, p. 263. — **Downes** (**A. J.**). Left lumbar nephrofixation and abdominal myomectomy in one sitting; with report of case. *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, déc. 1900, p. 517. — **Houraon.** *Rétrécissements de l'urèthre chez la femme.* Th. Paris, 1900-1901, n° 210. — **Meerdervaart.** Sur l'uréthrocèle. *Revue de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1901, n° 1, p. 31. — **Molé** (**C.**). Epicistotomia, sectio alta seu ipogastrica; cistotomia suprapubica. *La clinica chirurgica*, Milano, 1901, n° 2. p. 81. — **Noble** (**C. P.**). The New Formation of the Female Urethra, with Report of a case. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 170. — **Noble** (**G. H.**). A Device for the Relief of Bladder Spasm in the Treatment of Cystitis and Bladder Irritation. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 178. — **Palm** (**R.**). Ueber papillarën polipose Angiome u. Fibrome der weiblichen Harnröhre. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn*, 1901, Hft 3, p. 351. — **Pfannenstiel** (**J.**). Zur Diskussion über di Paraffineinspritzung bei Incontinentia urinae nach Gersuny. *Cent. f. Gynäk.*, 12 janv. 1901, p. 33. — **Pryor** (**W.**). An improved Method of Examining the female Bladder, Admitting Intravesical Operations and Treatment of the Ureters. *Med. Record*, mars 1901, p. 327. — **Reynolds** (**E.**). A case of vesical Implantation of the Ureters by Dudley's Forceps Method after the Failure of several Plastics. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1901, p. 84. — **Saft.** Colpocleisis u. künstl. Rectovaginal fistel bei unheilbarer Scheidendündarmfistel in Folge Carcinomrediva. *Deutsch. Med. Woch.*, 27 déc. 1900, p. 847. — **Vitrac** (**Jr.**). Il decubito ventrale permanente nella cura delle fistole vescico-vaginali. *La Clinica ostetrica*, déc. 1900, p. 474.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bowermann.** Case of tubal gestation accompanied by Profaund collapse. Cœliotomy. Recovery. *The British Gynecological Journal*, févr. 1901, p. 288. — **Jacobs.** Grossesse tubaire avortée; hématocèle; torsion de la trompe sur son axe. *Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 206. — **Lewers.** A Case of Repeated ectopic gestation in the same patient; laparatomy on each occasion. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLII, p. 325. — **Lyth.** A case of tubal gestation with rupture in a woman previously operated upon for tubal gestation with missed labour. *Lancet*, 17 nov. 1900, p. 1420.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Addenbrooke.** Parotitis after abdominal Section. *The Lancet*, mars 1901, 781. — **Baumgart.** Vaginaler und abdom. Bauchschnitt bei tuberculoser Peritonitis. *Deutsch. med. Woch.*, 17 janv. 1901, n° 3. — **Beahan** (**A. L.**). Abdominal drainage. *Annals of Gyn. and Ped.*, janv. 1901, p. 257. — **Burney** (**Jeo.**). The Treatment Tuberculous Peritonitis. *The Lancet*, mars 1901, p. 765. — **Clarke** (**A. P.**). Observations respecting malignant disease of the pelvic organs. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 641. — **Croom** (**J.**) **Halliday.** Psychoses following Pelvi-Abdominal operations. *Edinb. med. J.*, mars 1901, p. 205. — **Davis** (**G. W.**). Laparatomy and Cleansing of the Peritoneum in a Case of Tuberculous Peritonitis. *The Lancet*, février 1901. p. 317. — **Deaver** (**J. B.**). Simple methods in pelvic surgery. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 656. — **Ingraham** (**H. D.**). Jaundice following abdominal section. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 668. — **Jacobs.** Abcès de l'épiploon. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 202. — **Kelly.** Removal

of pelvic Inflam. Masse by the abdomen after Bisections of the Uterus. *Bull. of the John's Hopkins Hospital*, January 1901, vol. XII, n° 118. — **Küstner (Otto)**. Operation einer Nabelschnur hernie mit Resektion des vorgefallennen. *Cent. f. Gynäk.*, 5 janv. 1901, p. 1. — **Lemnander**. Uber die Sensibilität der Bauchhöle und uber lokale u. allgemenie Anästhesio bei Bruch-nnd Bauchoperationen. *Cent. f. Chirurgie*, 1901, n° 8, p. 209. — **Lindfors**. Zur Frage der Heilungsvorgange bei tuberkuloser Peritonitis nach Bauchschnitt mit oder ohne weitere Eingriffe. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 6, p. 156. — **Long (J. W.)**. Drainage in abdominal Surgery. *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, déc. 1900, p. 504. — **Madlener** Das Hautemphysem nach Laparatomie. *Monatsch. f. Geb.u. Gyn.*, 1901, Hft 3, p. 305. — **Meriwether (F. T.)**. Gastro-enterostomy with the Murphy button in malignant obstructions of the pylorus. *Annals of Gyn. and Ped.*, janv, 1901, p. 229. — **Mugnai**. Nuovo processus di gastro-enterostomia. *Clinica chirurgica*, 31 janvier 1900, p. 10. — **Robert Füth**. Zur Drainage der Bauchhöle. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 7, p. 184. — **Simpson (Fr. F.)**. Some contraindications to interperitoneal use of normal salt solution after abdominal section. *American journ. of Obstetrics*, novembre 1900, p. 694.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Füth**. Zur Leitung normaler Geburten durch den Arzt. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn*, 1901, Hft 3, p. 365. — **Hofbauer**. Eine neue Technik des Dammschutzes. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 5, p. 131. — **Kunze (Wilh.)**. Ein Fall von Sturzgeburt. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 5, p. 124. — **Maygrier**. Des positions occipito-postérieures. *Rev. de thérap. méd.-chirurg.*, 1901, n° 6, p. 181. — **Nisot**. Quelques considérations relatives aux prolapsus vagino-utérins. *Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1900-1901, t. XI, p. 213. — **Van Hassel**. Accouchements. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obst*. Bruxelles, 1900-1901, t XI, p. 218.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Krœnig et Fueth**. Osmotischen Druck im mutt. und kindl. Blute. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, jan. et feb. 1901. — **Morin**. De la détermination du détroit supérieur *L'année médicale*, Caen, 1901, n° 2, p. 25. — **Peters**. Theorie d. insertio velamentosa. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, jan. 1901. — **Sippel**. Aussere Uberwanderung der Eies, deciduale Reaktion der Tube und Tubenschnangerschaft. *Centr. f. Gynæk.*, 23 marz 1901. — **Varaldo (F.)**. Studio comparativo sui caratteri istologici e fisici del sangue della vena e delle arteri ombellicali nel neonato. *Archivio di ostetr. e gynecol.*, déc. 1900, p. 723. — **Winkler (K.)**. Die placentarstelle des graviden menschlichen uterus. *Archiv f. Gynæk.*, Bd 62, H. 2, p. 366.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. **Bacon (C. S.)**. Prevention and management of infection of the breast during lactation. *N. Y. med. Journ.*, 12 janv. 1901, p. 45. — **Bottesini**. Version spontanée podalique. *Lucina*, 1er fév. 1901, p. 22. — **Ekstein**. Ueber Geburts und Wochenbetts-Hygiene. Ein weiterer Beitrag zur Reform des Hebammenwesens in Œsterreich. *Prager med. Woch.*, 14 mars 1901, p. 130. — **La Torre**. Della definizione della presentatione e della pozizione fetale. *La Clinica ost.*, février 1901, p. 41. — **Stroganoff**.

Können Wannenbader als das beste Reinigungsmittel des Korpers der Kreissender betrachted werden. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 6, p. 145. — **Vigot** (**A.**). Faut-il serrer le ventre des nouvelles accouchées ? *Année méd. de Caen*, 15 janv. 1901, p. 6. — **Winckel** (**F. v.**). Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. *Sammlung klin. Vortr.* New Folge, n° 292-293 (Gyn. n° 107).

DYSTOCIE. — **Blan Sutton**. Surgery of Pregnancy and Labour complicated with Tumours. *The Lancet*, février 1901, p. 452. — **Condamin**. Kystes de l'ovaire et grossesse. *Bull. de la Soc. chir. de Lyon*, nov.-déc. 1900, p. 8. — **Gemmel**. Fibroïd Tumour as a complication of pregnancy and labour. *Lancet*, 17 nov. 1900, pr 1413. — **Jacobs** (**C.**): Fibrome et grossesse. *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1900-1901, n° 9, 172. — **Joulia**. Un cas de dystocie fœtale par hydrocéphalie. *La Touraine méd.*, 1901, n° 3, p. 7. — **Kreutzmann** (**H. J.**). Pregnancy a. Delivery complicated with Tumours a. Neoplasms of the Genital organs. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 160. — **Marchese**. Un caso di utero unicorne e presentatione podalica ripetuta. *Archivio di ostet. e ginec.*, 1901, n° 1, p. 10. — **Neil Macleod**. Impacted and displaced gravid uterus with fibroid. Nine month's gestation ; cæsarean section with excision of fibroïd and anterior uterine wall ; recovery. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 141. — **Rumley Dawson**. Complete transv. septum of the Vagina impeding Delivery ; urethral Coïtus. *Lancet*, 8 déc. 1900, p. 1646.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Rondoni** (**D.**). Gravidanza gemellare. Idramnios. *Lucina*, 1 janv. 1901, p. 10.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldwin** (**J. F.**). The diagnosis of Ectopic Pregnancy before Rupture, based on eleven cases. *American journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 605. — **Pestalozza**. Sulla gravidanza tubarica recidivante. *Annali di Ost. e Gynec.*, 1901, n° 1, p. 1. — **Sens**. *89 observations de récidive de grossesse ectopique.* Th. Paris, 1900-1901, n° 202. — **Stepkowski**. Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine, basée sur 35 cas. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdominale*, 1901, n° 1, p. 13.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Delore**. Fœtus préhistorique. *La Touraine méd.*, 1901, n° 3, p. 4. — **Engelmann** (**Fritz**). Nochmals das Protargol bei der Credo'schen Augeneinträufelung. *Cent. f. Gynäk.*, 5 janv. 1901, p. 4. — **Gardimi** (**P. L.**). L'allattamento materno. *Lucina*, 1 janv. 1901, p. 4. — **Glasson**. A case of Pemphigus Neonatorum in an infant three days old. *The Lancet*, mars 1901, p. 697. — **Howie Borland**. A case of cephalœmatoma. *The Lancet*, février 1901, p. 466. — **Jardine**. Menstruation in a Newborn Infants. *British med. Journ.*, février 1901, p. 338. — **Kirby** (**W. E.**) Extraordinary Weight of Fœtus at Term. *British med. Journ.*, 5 janv. 1901, p. 16. — **Macphatter** (**Neil**). The pathology of intra-uterine death. *N. Y. med. Journ.*, 1900, février, p. 319, mars, p. 359. — **Planchu** et **Renre**. Vagissements intra-utérins. *Lyon méd.*, 6 janv. 1901, p. 20. — **Prochazka** (**Fr.**). Achondroplasie ou chondrodystrophie fœtale. *Casopis Lékarn ceskych*, 5 janv. 1901, p. 8. — **Saravia** (**L. M.**). La respiracion fetal in utero : El ilanto del feto antes de nacer. Consideraciones medico-legales. *Semana médica*, 13 déc. 1900, p. 652. — **Stolz** (**Max**). Zur Abnabelung des Neugeborenen. *Wiener klin. Wochenschrift*, 31 janv. 1901, p. 109. —

Stookes. Two specimens of malformation of the fœtus causing dystocia. *Transactions of the North of England Obstetrical and gynæcological Society*, janvier et février 1901, p, 3. — **Wilmot** (**E.**). Extraordinary weight of fœtus of term. *British. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 146. — **Weill** (**E**). et **Pehn** (**M.**). Sur un cas de malformation congénitale de l'œsophage. *Lyon méd.*, 3 mars 1901, p. 313.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baldy**. Cesarean Section for Cancer of the rectum. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 58. — **Barone**. Contributo allo studio comparativo dei resultati della Sinfisiotomia e dell' operazione Cesarea. *Arch. di Ostet. e Ginec.*, 1901, n° 2, p. 85. — **Bignami**. Il taglio cesarea nell' ospidale Maggiore di Cremona. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1901, n° 2, p. 65. — **Campbell**. A Second successful case of cœsarean hysterectomy. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 143. — **Chrobak** (**R.**). Ueber den Nachweis von hakenzangenspuren an den Muttermundslippen. *Cent. f. Gynäk.*, 26 janv. 1901, p. 97. — **Doléris**. Del aborto rapido provocado (« brusqué »). *Archivos de Ginec., Obst. y Ped.*, 25 fév. 1901, p. 106. — **Hare** (**H.**). A case of Cesarean Section for Complete Placenta Previa. *The Boston med. a. Surg. J.*, février 1901, p. 151. — **Herman** (**E.**). On subcutaneous symphyseotomy. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901. vol. XLII, p. 283. — **Holzapfel**. Ueber den queren Fundusschnitt nach Fritsch. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janv. 1901. — **Kühne** (**Fr.**). Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner. *Cent. f. Gynäk.*, 26 janv. 1901, p. 102. — **Maire**. Version podalica por maniobras internas. *La Semana med.*, 1901, n° 7, p. 95. — **Ponticelli** (**P.**). Il problema della sinfisiotomia considerato dal lato mecanico. *La Clinica ostetrica*, déc. 1900, p 461. — **Schrœder**. Kaiserschnittsfrage. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier-fév. 1901. — **Sinclair** (**W. J.**). A series of 10 successfull cases of cæsarean section. *Lancet*, 19 janv. 1901, p. 158. — **Webster** (**C.**). Cæsarean Section on a Girl Thirteen years old. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 158. — **Wolff**. Beitrag z. Lehre von der Wendung u. Extraction beim engen Becken. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXII, Hft 3, p. 533.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Achard**. Vomissements graves de la grossesse. *La Sem. medicale*, 1901, n° 10, p. 73. — **Alfieri** (**Em.**). Contributo allo studio delle alterazioni anatomo-pathologiche fetali nell'eclampsia puerperale. *Annali di ost. e. gin.*, déc. 1900, p. 1077. — **Andérodias** (**J.**). Diphtérie et gravidisme. Recherches cliniques et expérimentales. *Rev. mens. de gyn., obst. et Péd. de Bordeaux*, déc. 1900, p 575. — **Bacon**. Fatal case of Puerperal Fever which led to a Malpractice suit. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 154. — **Beesley**. Puerperal eclampsia and its treatment by morphine. *Brit. med. journ.*, 19 janv. 1901, p. 145. — **Bland-Sutton**. On a case of tubal Abortion in which the « Mole » was in process of extrusion at the time of operation. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLII, p. 311. — **Bleynie** (**L.**). Relation de cinq cas d'influenza recueillis dans le service de la Maternité pendant l'hiver 1899-1900. *Limousin méd.*, déc. 1900, p. 345. — **Boldt**. The Treatment of Puerperal Fever. *Med. Record*, février 1901, p. 169. — **Bossi** (**C. M.**). Sur les hystes ovariques communs, cause de troubles de la grossesse et de l'accouchement. *La Gynécologie*, 15 déc. 1900, p. 513. — **Calderini**. Relazioni possibili fra la mola vesicolare e la degenerazione cistica delle ovaria. *Annali*

di ost. e ginec., 1901, nº 1, p. 37. — **Campione** (F.). Corea e gravidanza. *Archivio di ostetr. e ginec.*, déc. 1900, p. 705. — **Clisson.** Observation de môle hydatique. *Anjou méd.*, déc. 1900, p. 276. — **David Owen**. A case of labour impeded by a perineo-vaginal fistula. *Transactions of the North of England Obstetrical and Gynecological Society*. Leeds, janv. février 1901, p. 2. — **Denis.** Placenta prævia centralis : Report of a case. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1901, p. 157. — **Elder** (G.). Notes of a case of complete Inversion of the Puerperal Uterus. *The Lancet*, mars 1901, p. 620. — **Gaulard.** Traitement de l'éclampsie. *Presse méd.*, IXe année, t. I, nº 2, janv. 1901, p. 5. — **Hellier** (J. R.). A note on the occurrence of abortion. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1901, p. 144. — **Hoeven** (H. C. T. **van der**). Ueber die Etiologie der mola hydatidosa und des sogenannten deciduoma malignum. *Archiv f. Gynæk.*, Bd 62. H. 2, p. 316. — **James More.** A Peculiar complication im Midwifery. *The Lancet*, janvier 1901, p. 321. — **Jardine** (R.). The Treatment of Puerperal Eclampsia by saline diurctic infusions. *British med. J.*, mars 1901, p. 511. —**Jung.** Zur Diagnostik des Puerperalfiebers. *Samml. klin. Vort.*, 1901, nº 297, p. 207. — **Keiller**. Ein Beitrag z. Retroflexion u. Retroversion der schwangeren Gebarmutter. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Hft. 3, p. 285. — **Klien** (R.). Die operative und nicht operative Behandlung der Uterusruptur. Kritische Studie auf Grund von 367 in der letzten 20 Jahren publicirten und 14 neuen Fällen. *Archiv f. Gynæk.*, Bd 62, H. 2, p 193. — **Kull** Vier Fälle v. Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, Hft 3, p. 497. — **Laidley** (L.H.). Hernia or diverticulum of the chorion. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1900, p. 666. — **Lefour** et **Alain.** Poche amnio-choriale. Rupture prématurée et spontanée du chorion ; expulsion de l'amnios tout entier à travers l'orifice externe incomplètement dilaté. *Rev. mens., d'obst. gyn. et péd.*, Bordeaux, 1901, nº 1, p. 19. — **Lévêque** (L.). Deux observations d'éclampsie puerpérale. *La Touraine médicale*, 1901, nº 2, p. 8. — **Lugeol.** De la gangrène des extrémités chez les accouchées. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1901, nº 10, p. 112. — **Mayer** (J.). Spontane uterus Inversion nach rechtzeitiger Geburt. *Prager med. Wochensch.*, 31 janv. 1901, p. 53. — **Maygrier.** De algunas variedades clinicas du hemorragias puerperales. *Arch. de ginec., obstet. y. ped.*, 10 janvier 1901, p. 1. — **Mond** (Mme) Un cas d'hydramnios avec anencéphale. *Bull. mensuel Soc. vaudoise sages-femmes*, 1901, nº 2, p. 18. — **Monin** (F.). Traitement des vomissements de la grossesse par le bicarbonate de soude à haute dose. *Lyon méd.*, 27 janv. 1901, p. 126. — **Oliva** (L.A.). Gravidanza e anemia perniciosa progressiva. *Annali di ost. e. Gynec.*, 1901, nº 1, p. 45. — **Parrott** (G. G.). Acute puerperal sepsis treated with antistreptococcus serum. *Brit. med. journ.*, 19 janv. 1901, p. 145. — **Rapin.** L'avortement. *Bullet. mensuel Soc. vaudoise sages-femmes*, 1901, nº 2, p. 16. — **Read.** Puerperal septicæmia treated by antistrept. Serum. *Lancet*, 15 déc. 1900.— **Rector** (J. M.). A case of Pseudo ileus. folloving Instrumental Delivery and Adherent Placenta. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1901, nº 2, p. 102. — **Ries** (E.). A case of pregnancy in the rudimentary Horn. *Am. J. Obst.*, janvier 1901, p. 54. — **Rossier.** Quatre cas d'avortement suspendu. *Bullet. mens. de la Soc. vaudoise des sages-femmes*, 1901, nº 3, p. 32. — **Ryder Richardson** (J. C.). A case of puerperal fever treated by antistreptococcus serum : Recovery. *British med.*

Journ., 12 janv. 1901, p. 86. — **Schwarzwaeller.** Zur Fruchtabtreibung durch Gifte. *Berliner klin. Woch.*, 1901, n° 7, p. 194. — **Schears** (**G. P.**). A case of puerperal Sepsis from Retained Lochia with Remarhs. *Med. News*, février 1901, p. 171. — **Sinclour.** A contribution to the diagnosis and treatment of retroflexioversio-uteri gravidi. *Trans. of the Obst. Soc. of. London*, 1901, vol. XLII, p. 329. — **Squers** (**G.**). Placenta prævia or detached placenta. *Med. Record*, février 1901, p. 173. — **Sticher.** Das Vorbereitungsbad der Kreissenden als Infectionsquelle. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 9, p. 217. — **Stoeckel** Zwei Fälle v. Bauchdechenbämatom in d. Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1901, n° 10, p. 241. — **Terry.** Pregnancy and Typhoid. *Med. News*, février 1901, p. 263. — **Thévenot** et **Vignard** Appendicite post-puerpérale à streptocoques. *Gazette des hôpitaux*, 1901, n° 16, p. 141. — **Tridondani** (**E.**). Intorno a dieci casi di anchilostomiasi in gravidanza. *Annali di Ost. e. Gin.*, déc. 1900, p. 1049. — **Tridondanni.** Osservazioni sfigmografiche nell'eclampsia. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1901, n° 1, p. 55. — **Wormser** (**E.**). Nochmals zur puerperalen Gangrän der unteren extremituten *Cent. f. Gynäk.*, 26 janv. 1901, p. 110. — **Wormser** (**Ed.**). La infeccion de la cavidad uterina durante el puerperio. *Archivos de Ginec., Obst. y Ped.*, 1901, janvier p. 40 ; février, p. 93.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Malatesta e Maggioncalda.** Sulla nuova articolazione italiana di forcipe con due perni fissi nascoti. *La Clinica ost.*, février 1901, p. 55. — **Marx** (**Simon**). The axis-traction forceps, with special reference to rotary axis traction in the treatment of posterior positions of the anatomical head. *N. Y. med. Journal*, 2 mars 1901, p. 353. — **Porak.** Sur l'anesthésie par voie rachidienne en obstétrique. *Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1901, t. XLV, p. 116. — **Ridgeby Stone.** Cocainization of the Spinal Cord by Means of Lumbar Punction during Labor. *Am. J. Obst.*, février 1901, p. 145.

VARIA. — **Kime** (**K. R.**). Some life-saving measures in obstetric work. *Amer Gyn. and Obst. Journ.*, déc. 1900, p. 513. — **Mac Auliffe** (**L.**). Un séminaire d'accoucheurs. Projet d'établissement d'une école d'accouchement en 1790. *France méd.*, 25 janv. 1901, p. 23. — **Mangiagalli** (**L.**). L'ostetricia nel secolo XIX. *Annali di Ost. e Gin.*, déc. 1900, p. 1029. — **Palm** (**H.**). Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener. *Archiv f. Gynäk.*, Bd 62, H. 2, p. 348. — **Palocias.** Ovulos fecundados. *Revista medico-farmaceutica*, série IV, n° 2, p. 29. — **Rédine** (**J.**). Multiplication des chevaux et loi de nativité du sexe. *Tribune méd.*, 9 janv. 1901, p. 29. — **Rumley Dawson.** The essential factor in the Causation of Sex : a new theroy of Sex. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1901, vol. XLII, p. 356. — **Trovati** (**G.**). In quali casi la levatrice da chiamare il medico. *La Clin. ostetrica*, janvier 1901, p. 10. — **Wilson.** Maternal Impressions in lower life. *The Lancet*, février 1901, p. 469.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

UN CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS

Par **A. Herrgott** (1).

Lorsque le fœtus se présente par le sommet, que le bassin est normal et qu'il y a engagement de la partie fœtale, la rupture prématurée des membranes constitue, le plus souvent, un fait sans importance sur la marche régulière du travail.

Cette rupture prématurée peut même, on le sait, devenir le traitement prophylactique, « physiologique », de l'insertion vicieuse du placenta.

Il n'en est plus de même quand le fœtus se présente transversalement. L'écoulement prématuré du liquide amniotique dans les présentations de l'épaule constitue un des accidents les plus redoutables, par ses conséquences, qui puissent se produire. Le liquide écoulé, l'utérus revient sur lui-même, en raison de sa rétractilité; il se moule sur le fœtus et lui fait perdre la qualité indispensable à tout changement de situation, la mobilité. Le fœtus, enserré de plus en plus par les étreintes de la fibre musculaire, se tasse sur le segment inférieur qu'il allonge et amincit, alors que l'absence ou l'insuffisance de dilatation ne permet pas à l'accoucheur d'intervenir pour faire cesser une tension qui devient de plus en plus dangereuse.

L'exemple que je vais relater en est la triste confirmation clinique:

Dans la nuit du 6 avril 1900, mon ancien chef de clinique, M. Maleterre, est appelé auprès d'une femme en travail depuis deux jours. M. Maleterre se rendant compte de la gravité de la

(1) Communication faite à la *Société obstétricale de France*, le 12 avril 1901.

situation, l'engage à se faire transporter, sans tarder, à la Maternité, où je la trouve peu après.

Cette malade, âgée de 33 ans, est enceinte pour la septième fois. Ses accouchements antérieurs auraient été normaux ; elle était arrivée à peu près au terme de sa gestation, *lorsqu'il y a trois jours, elle avait perdu les eaux*. Le lendemain, le travail se déclarait et durait depuis quarante-huit heures.

L'état général de cette femme ne me paraît pas mauvais. Elle est naturellement très fatiguée, mais la température est normale, 37° 2,, et le pouls ne dépasse pas 90.

Cependant le ventre est douloureux ; l'utérus, de consistance ligneuse, a plutôt l'aspect d'un utérus cordiforme, à grand diamètre longitudinal, que celui d'un utérus à grand diamètre transversal. Le palper est impossible ; on ne peut délimiter aucune partie fœtale. L'auscultation est négative. On ne perçoit plus de battements fœtaux.

La vulve, très congestionnée, d'une coloration noire violacée, est œdémateuse.

Le bras gauche fait procidence.

Le toucher permet de constater l'existence d'une présentation acromio-iliaque gauche de l'épaule gauche. Le dos est donc en arrière.

Le fœtus a commencé son évolution spontanée ; le thorax tend à s'engager dans l'excavation ; le cou, très difficilement accessible, se trouve derrière la symphyse pubienne, et la tête est en avant et à gauche.

La dilatation pouvait être considérée comme complète, mais l'orifice externe enserrait l'épaule et la partie de la région thoracique enclavée.

En présence d'une pareille situation, une seule ligne de conduite était à suivre : pratiquer l'embryotomie rachidienne. L'enfant était mort, et toute tentative de version devait être écartée.

Mais cette détroncation qui s'imposait, devions-nous l'exécuter immédiatement, ou devions-nous attendre le relâchement du col ? Certes, il était théoriquement indiqué de patienter pour

éviter une *déchirure traumatique* du col ; mais cette attente présentait à son tour de grands dangers.

J'ignorais depuis combien de temps le fœtus avait succombé et je n'étais pas sans redouter les effets d'une putréfaction fœtale sur l'utérus et sur l'organisme maternel tout entier. D'autre part, cette attente d'une dilatabilité plus ou moins hypothétique pouvait précisément permettre à la contraction utérine de créer la lésion que nous voulions éviter. Bandl a décrit, on le sait, le mécanisme de ces *ruptures spontanées* dans le mémoire (1) qu'il fit paraître en 1875 et que M. Maygrier a rappelé dans le remarquable chapitre consacré aux ruptures de l'utérus et du vagin, dans le *Traité de l'art des accouchements*, de MM. Tarnier et Budin : « L'utérus, dit-il, rétracté se contracte vainement, et le segment inférieur, en raison de sa minceur et de son extensibilité, est appliqué comme un gant sur l'épaule et la tête du fœtus. Pour peu que cette situation se prolonge, le segment surdistendu ne tarde pas à se rompre (2). »

Espérant qu'une anesthésie profonde parviendrait à amener un peu de relâchement dans l'état de l'orifice externe, et qu'une rupture utérine spontanée ou traumatique pourrait être évitée, je me décidai à intervenir.

Bien que la malade fût tout à fait endormie, l'orifice externe demeura encore un certain temps resserré sur les parties fœtales enclavées ; enfin, profitant d'un léger relâchement des fibres cervicales, je tâchai très prudemment d'insinuer entre les parois utérines et le cou du fœtus l'embryotome de Texeira Alvarès qui, on le sait, sectionne les tissus de haut en bas. Mais ce fut en vain. La contracture se faisant plus énergique, je fus obligé de retirer cet instrument.

Je tentai alors de faire l'embryotomie rachidienne avec les ciseaux de Dubois et je parvins avec cet instrument, en me

(1) BANDL. *Ueber Ruptur der Gebärmutter*. Wien, 1875.

(2) *Traité de l'art des accouchements*, par TARNIER et BUDIN, t. III, p. 508.

guidant avec le doigt, à me créer péniblement un accès sur la colonne vertébrale.

Fatigué et sentant que cette sensibilité tactile qui devait me permettre de reconnaître les tissus que je traversais s'émoussait de plus en plus ; qu'en un mot, ce que j'appellerai volontiers « ma lampe digitale » s'éteignait, que je devenais dangereux, je priai mon collègue M. Schuhl de vouloir bien continuer la détroncation commencée.

Le cou, grâce au tassement devenu possible par suite de l'ouverture thoracique, est plus accessible, et M. Schuhl parvient à le sectionner en partie, avec l'embryotome de Tarnier.

Mais la section n'est pas encore complète et on est obligé d'avoir recours à un autre moyen pour achever la décollation.

Je saisis le cou avec le crochet de Braun, et pendant que je maintiens ainsi le cou abaissé et fixé, en ayant soin d'éviter tout mouvement de torsion capable de produire un traumatisme sur les tissus utérins, M. Schuhl, reprenant les ciseaux de Dubois, entaille très obliquement la partie du cou située en arrière et au-dessus de la symphyse pubienne.

Je pensais pouvoir extraire le tronc ; un épais lambeau formé de parties molles reliait encore l'extrémité céphalique à l'épaule supérieure. M. Maleterre le sectionna avec l'appareil d'Alvarez et on put enfin extraire les deux segments fœtaux.

La délivrance se fit normalement quelques minutes après.

Cette pénible et laborieuse opération avait duré plus de deux heures. Commencée à 5 heures et demie du matin, elle n'avait pu être terminée qu'à 7 h. 45, et malheureusement nous n'étions pas encore au terme de nos peines.

Au cours des manœuvres d'embryotomie, il s'était écoulé, à un moment donné, une certaine quantité de sang, et j'avais été frappé de l'aspect spécial pris par l'utérus qui semblait divisé en deux régions distinctes, séparées par un sillon « appréciable à la vue et au palper ».

Le corps de cet organe rétracté, dont la consistance était absolument ligneuse, avait pris une forme globuleuse et contenait le tronc, tandis que le segment inférieur était de plus en plus

étiré, aminci et distendu par la tête et l'épaule sur lesquelles il se moulait

En outre, au-dessous de l'anneau dit de Bandl, à l'union du segment inférieur avec la partie antérieure du corps utérin, on percevait nettement une *crépitation emphysémateuse* tout à fait caractéristique. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage en parlent dans leur excellent *Précis d'obstétrique*.

Ces symptômes étaient de nature à nous faire craindre que l'accident que nous avions espéré prévenir s'était produit, malgré la prudence que nous nous étions efforcés de déployer ; aussi mon premier soin, après la délivrance, fut de faire l'inventaire de la cavité utérine.

La déchirure redoutée existait ! elle prenait naissance, comme d'habitude, sur le bord latéral gauche du col, remontait vers le corps et se continuait à angle droit avec une déchirure qui sillonnait *transversalement* la moitié antéro-supérieure du segment inférieur. Mais cette déchirure était-elle complète ? Le péritoine était-il intéressé ? Y avait-il communication entre la cavité utéro-vaginale et la cavité péritonéale ? Le toucher, tout d'abord, paraissait me permettre d'espérer qu'elle n'était pas complète, car le doigt se sentait comme arrêté par une membrane mince qui semblait être le péritoine. Mais ce n'était qu'une illusion du toucher produite par l'inégale rétractilité des tissus lésés. En poursuivant mon investigation le doigt remontait sur la face antérieure de la matrice recouverte par la séreuse péritonéale. La déchirure utérine était complète.

Il n'y avait pas, il est vrai, d'hémorrhagie de nature à commander une intervention immédiate. Nous pouvions, au premier abord, nous en tenir à l'expectation, ou bien drainer la cavité péritonéale, ainsi que tout récemment encore le recommandait M. Schmitt dans un travail paru dans la *Monatschrift für Geburtskunde und Gynækologie* (1).

Se basant sur ses observations personnelles et sur un nombre considérable de faits recueillis dans la littérature obstétricale,

(1) Septembre 1900.

M. Schmitt a montré les avantages qu'il y avait, dans certaines déchirures complètes, à drainer la cavité péritonéale au moyen de lanières de gaze iodoformée introduites à travers la plaie utérine.

Malgré la simplicité de ce traitement dont je ne méconnaissais pas les bons effets, ayant eu l'occasion de l'employer, il y a quelques années, dans un cas de déchirure incomplète qui avait guéri, je crus que dans la rupture actuelle il serait insuffisant, qu'il ne pourrait prévenir une infection qui ne manquerait pas de se généraliser. Je pensais qu'il était préférable, vu la crépitation perçue au-devant du segment inférieur, de pratiquer la laparotomie et d'enlever un utérus qui devait être infecté.

Cet emphysème développé dans la région hypogastrique me paraissait ne pouvoir avoir pour origine que des gaz provenant de la putréfaction fœtale.

Roche, dans sa thèse sur *l'emphysème sous-cutané chez les femmes en couches*, cite à ce propos deux cas d'emphysème très étendu, suivis de mort, produits à la suite de rupture de l'utérus et rapportés par John Blake dans le *Boston medical Journal* (1883).

De plus, on sait combien sont fréquentes les hémorrhagies développées dans le péritoine à la suite des ruptures utérines, et l'importance qu'il y a de débarrasser cette cavité des caillots accumulés et susceptibles de se putréfier à leur tour. Ai-je besoin de rappeler ici le cas de rupture incomplète de l'utérus que notre collègue M. Bar rapportait, le 6 juillet 1899, à la Société d'obstétrique de Paris, dans lequel le péritoine pariétal se trouvait décollé par le sang jusque sur le côté du rein droit.

Enfin, j'avais présents à l'esprit les délabrements vraiment extraordinaires par leur étendue et par leur direction qui existent parfois dans la séreuse péritonéale, délabrements que la laparotomie seule peut constater et permettre de réparer. MM. Weiss et Schuhl en ont, il n'y a pas un an, publié un bien remarquable exemple (1), suivi de succès, observé le 9 octobre

---

(1) *Annales de gynécologie*, avril 1900.

1899 dans mon service à Nancy, et dont j'ai eu à prendre la suite du traitement.

Dans ce cas la déchirure de l'utérus, qui remontait sur presque toute la hauteur du bord gauche de cet organe, se prolongeait en dehors sur le péritoine qui tapisse la fosse iliaque gauche sur une longueur de 15 centim. et se dirigeait en haut et en arrière vers la région rénale. Or, je doute que cette malade eût guéri si on s'était seulement borné à drainer la cavité péritonéale avec des mèches de gaze iodoformée.

Sans doute, je ne pouvais me dissimuler la gravité de l'opération qui allait être entreprise ; mais l'abstention, à cause des motifs que je viens d'énumérer, me paraissait plus dangereuse encore.

Le pouls n'était pas trop mauvais, et l'état général de notre malade semblait me permettre de la tenter.

Mon collègue, le professeur Weiss, qui avait bien voulu répondre à mon appel et m'assister dans cette nouvelle intervention, partageait également cette manière de voir.

On fait une injection hypodermique de sérum artificiel, et la malade est de nouveau chloroformée.

J'ouvre l'abdomen par une incision médiane afin de bien découvrir la région utérine rompue ; la femme est mise dans la situation de Trendelenburg.

L'irrégularité de la déchirure, son étendue, l'aspect contus des bords de la plaie de l'utérus, l'état particulier du péritoine infiltré de sang et de gaz font cesser toute hésitation et me confirment dans l'intention que j'avais d'enlever un utérus qu'on ne pouvait suturer et qui deviendrait vraisemblablement le point de départ d'une infection redoutable.

Un lien de caoutchouc enserre le segment inférieur aussi bas que possible. Au-dessus de ce lien, je fais passer deux broches d'acier et je pratique l'amputation utéro-ovarienne, d'après le procédé de Porro, préférant cette manière de faire à l'hystérectomie totale qui aurait été plus longue et, par conséquent, plus dangereuse. La surface de section est cautérisée au thermocautère.

Je prie alors M. Weiss de vouloir bien achever l'opération que j'avais commencée ; il passe un drain de gaze iodoformée à travers la déchirure longitudinale du col située au-dessous du lien élastique, puis il suture le péritoine décollé autour du moignon utérin. Il fait, avec des compresses aseptiques, la toilette du péritoine, ce qui lui permet de retirer, avec quelques caillots, du méconium et de l'enduit sébacé qui souillaient la cavité péritonéale.

Le ventre est ensuite refermé autour du pédicule. On applique un bandage de corps. L'opération est terminée.

Malheureusement au cours de cette dernière intervention le pouls avait faibli et était devenu imperceptible, bien que la malade n'ait pour ainsi dire pas perdu de sang. On refit, à plusieurs reprises, des injections hypodermiques de sérum, d'éther, de caféine. On les répéta encore dans le courant de la journée. Un moment, je crus que le pouls allait se relever; mais ce fut en vain. Tous nos efforts pour combattre ce « shock » dont elle était la victime échouèrent, et cette malheureuse succombait à 5 heures et demie du soir. Nous n'avions pu la sauver. Notre laborieuse opération devenait inutile!

En présence d'un pareil résultat, on peut se demander si je n'aurais pas mieux fait de borner mon intervention à une laparotomie exploratrice ?

Une fois que nous avions constaté qu'il n'y avait ni déchirure péritonéale remontant vers les parois abdominales, ni hémorrhagie sous-péritonéale, nous aurions pu, en effet, simplement drainer par le vagin, avec de la gaze iodoformée, la plaie péritonéo-utérine. Puis, après avoir débarrassé le péritoine des impuretés qui s'y trouvaient, refermer l'abdomen sans enlever l'utérus. Le traumatisme eût été sans doute notablement moins considérable, et nous aurions eu plus de chance d'éviter le shock auquel succombait notre opérée ; mais en enlevant l'utérus, je voulais éviter les dangers d'une infection que la présence de cet emphysème præ utérin rendait inévitable si la matrice était conservée, et quand j'amputais cet organe, le pouls était encore relativement satisfaisant.

On voit par ces quelques considérations combien, dans certains cas, le traitement des déchirures utérines peut présenter de difficultés.

Je n'ai pas l'intention d'étudier et de discuter ici ce traitement. Cela nous entraînerait beaucoup trop loin, d'autant plus que les travaux qui s'occupent de cette question si importante de thérapeutique obstétricale sont très nombreux.

Indépendamment de ceux de Bandl, de Maygrier, de Weiss et Schuhl, de Schmitt que j'ai déjà mentionnés, je ne rappellerai que les thèses importantes de Brossard (1) et de Forné (2) qui s'occupent du traitement des ruptures utérines, et qui, l'une et l'autre, contiennent un index bibliographique très étendu et très complet; je citerai encore les cas d'Alexander Doktor (3) observés à la clinique du professeur von Kezmarsky et dont la relation est suivie d'intéressantes réflexions sur le traitement des ruptures; celui de von Walla (4), dans lequel on pratiqua avec succès l'ablation de l'utérus ; celui de Baur (5), dans lequel la rupture complète de l'utérus fut heureusement traitée par un tampon de gaze iodoformée, et enfin celui du Dr Thomson (6), dont les *Annales de gynécoolgie* viennent de donner le résumé dans le dernier numéro de mars 1901.

Je m'arrête, me bornant à ces quelques citations des cas les plus récents. Je tenais surtout à montrer, par l'exemple que je viens de rapporter, *combien la rupture prématurée des membranes dans les présentations transversales peut être dangereuse* et capable de créer de graves difficultés à l'accoucheur.

---

(1) BROSSARD. *Étude sur le traitement des ruptures utérines.* Thèse Paris, 17 juillet 1890.

(2) FORNÉ. *Étude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus.* Thèse Paris, 11 juillet 1900.

(3) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, n° 52, p. 1537.

(4) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1900, n° 19, p. 497.

(5) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1900, n° 39, p. 1010.

(6) *Journal d'obstétrique et de gynécologie* (en russe), septembre 1900, et *Annales de gynécologie*, mai 1901, p. 246.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. PINARD

LA NUTRITION DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

Par le Dr **Hermann Keller**
Médecin de l'hospice thermal de Rheinfelden.

I

L'étude de la nutrition pendant la menstruation, que j'ai publiée en 1897 dans les *Archives générales de médecine*, a prouvé que toutes les fonctions vitales de la femme à l'état de vacuité suivent un mouvement périodique et rythmique, et que leur maximum est marqué par la menstruation et la période prémenstruelle.

J'ai présenté la marche de ce mouvement sous forme de courbes dont le niveau inférieur coïncide avec l'intervalle de deux époques et dont le point culminant est atteint au moment précis où la menstruation va s'établir, la menstruation établie indiquant déjà le commencement du mouvement descendant.

Je me suis demandé si ce rythme persiste encore pendant la grossesse et s'il n'est pas troublé, modifié ou même supprimé par ce nouvel état physiologique.

A l'étude de ce problème j'ai voulu ajouter celle des influences de l'état puerpéral sur la nutrition, notamment sur l'activité de la désassimilation des substances albuminoïdes, sur la proportion de leur désassimilation et sur le degré de leur oxydation, en dosant l'azote total et l'urée et en fixant le coefficient d'oxydation ou d'utilisation azotée (A. Robin), ou le rapport azoturique (Bayrac).

Dans mon étude précédente, consacrée à la *menstruation* et

élaborée à l'hôpital de la Pitié sur des femmes *chloro-anémiques*, j'ai obtenu les *moyennes suivantes*, après cent quatre-vingt-cinq jours d'observation :

Volume des urines............	1551^{cc}
Densité......................	1017.3
Urée.........................	24.47
Azote de l'urée...............	11.351
Azote total..................	13.232
Rapport azoturique...........	86.0 0/0

Je donnerai plus loin les mêmes taux moyens constatés pour des femmes à l'état puerpéral.

C'est grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur Pinard que j'ai pu faire à la clinique Baudelocque, dans son service et dans son laboratoire, toutes les expériences nécessaires à l'élucidation de ces questions.

Mes examens ont été pratiqués pendant les trois hivers 1898, 1899 et 1900, sur 14 femmes enceintes ; la durée en a varié de vingt à cinquante-sept jours. Pour 12 femmes, mes observations se sont étendues jusqu'à leur délivrance et pendant les suites de couches jusqu'à leur sortie de la clinique.

Chaque jour j'ai mesuré le volume des urines de vingt-quatre heures, la densité, et j'ai dosé l'azote total et l'urée. C'est des observations faites sur les douze femmes qui ont accouché que j'ai tiré les documents nécessaires à ce travail.

II. — **Observations**.

Voici quelques détails succincts sur les 14 malades :

Observation I. — Accouchement n° 323 (1898). — Hydramnios. Grossesse gémellaire. — Secondipare, âgée de 28 ans. Entrée au dortoir le 27 décembre 1897.

Accouchement le 24 février, à 4 heures du matin.

***Mort* le 4 mars, à 1 h. 30 du soir, à la suite d'une septicémie.**

Mme M... est employée dans un magasin Fièvre typhoïde à 15 ans.

Premières règles à 18 ans. Menstruation irrégulière tous les deux ou trois mois. Père mort de tuberculose pulmonaire à 41 ans.

Premier accouchement le 21 novembre 1896. Dernières règles le 2-4 juin 1897.

Elle est anémique, pâle, surmenée ; pas d'albuminurie.

Elle se refroidit le 19-20 février et elle perd du sang par le nez et la bouche tous les jours à partir du 20 février jusqu'à l'accouchement.

Les pieds sont un peu enflés, le périnée est un peu infiltré. *Traces d'albumine* du 23 au 24 février. Les douleurs commencent le 22-23 février. Expulsion des fœtus le 24 février, à 4 heures du matin Durée du travail, 7 heures. Jumelles.

L'albumine augmente lentement : 1/4 p. 1,000 le 1–2 mars ; 1/3 p. 1,000 les jours suivants.

Température pendant l'accouchement 37°, pouls 72. Ensuite :

Le 25 février : T. 37°,4-38°,4, P. 108 ; le 26 : T. 38°-37°,8, P. 108-132 ; le 27 : T. 37°-38°,4, P. 92 ; le 28 : T. 37°-38°,4, P. 100 ; le 1er mars : T. 37°,4-37°,8, P. 100-120 ; le 2 : T. 38°,6-37°,4, P. 120 ; le 3 : T. 38°,8-39°,6, P. 92-100 ; le 4 : T. 40°, P. 120. Mort.

26 février. Injection intra-utérine ; nombreux caillots, contractions fréquentes. Œdème vulvaire. Compresses boriquées. 20 gr. de sérum A.

Le 28. Injection intra-utérine de 20 gr. de sérum A.

Le 2 mars. Lochies très fétides ; injections vaginales fréquentes ; 20 gr. de sérum A.

Le 3, à midi. Frissons ; respiration difficile ; oxygène, 20 gr. de sérum A à 6 heures du soir. A 11 heures du soir, curettage ; grande quantité de caillots et de membranes très fétides. Injection intra-utérine très prolongée et ensuite tamponnement à la gaze iodoformée. Frissons et tremblement après le curettage durant vingt minutes. Nuit très agitée. Délire.

Le 4. Mort à 1 h. 30 de l'après-midi.

Autopsie. — Embolie gazeuse généralisée ; rate friable, grosse ; foie friable, gros ; reins gros, blancs.

Putréfaction. Infection puerpérale.

Enfants jumelles. Première jumelle, 2,250 gr., long. 45 centim., état physique bon. Deuxième jumelle, 2,500 gr , long. 47 centim., état physique bon.

Placenta, 820 gr. : deux masses placentaires réunies par une petite masse cotylédonaire.

Observation II. — Accouchement n° **281** (1898). — Sextipare, âgée de 37 ans, ménagère. — Albuminurie.

Entrée au dortoir le 22 janvier 1898.

Accouchement le 17 février.

Régime lacté, 4 litres de lait par jour, pendant son séjour à la clinique.

Rougeole dans l'enfance, pleurésie il y a cinq ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Dernières règles (?). Est devenue enceinte en nourrissant.

Accouchements précédents : 1886, 1888, 1891, 1894, 1896.

Albumine : le 24 janvier, 1 gr. ; le 25, 0 gr. 75 ; le 26, 0 gr. 25 ; le 27, 0 gr. 25 ; le 28, 0 gr 25 ; le 29, 0 gr. 2 ; le 30, traces faibles. Le 4 février, traces minimes.

Expulsion du fœtus à 10 h. 50 du soir, le 17 février 1898. Durée du travail, 2 h. 20. T. 37°,3, P. 100.

Enfant du sexe féminin. Poids 3,370 gr. long. 48 centim., état physique bon. Placenta, 600 grammes.

Observation III. — Accouchement n° **410** (1898). — Primipare, âge 32 ans, domestique. Utérus fibromateux.

Entrée au dortoir le 31 janvier 1898. Accouchement le 11 mars.

Pneumonie à 13 ans, pleurésie à 18 ans ; s'enrhume facilement.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement et bien tous les 30 ou 31 jours, de 2 à 3 jours.

Pas d'albumine. Dernières règles, 27 au 30 mai 1897.

Deux fibromes du volume d'une grosse noix à la partie supéro-latérale droite de l'utérus.

Expulsion du fœtus le 11 mars à dix heures du matin, 1898.

T. 37°, 36°,6.

Enfant : sexe masculin, poids 2,550, long. 45 centim.

État physique bon Enfant maigre.

Placenta 400 grammes.

Observation IV. — Accouchement n° **577** (1898). — Primipare, âge 18 ans, domestique.

Entrée au dortoir le 16 février. Accouchement le 7 avril 1898.

Réglée à 16 ans, régulièrement tous les mois (12-19 du mois), règles fortes sans douleurs.

Dernières règles du 12 au 19 juin 1897. Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 7 avril à 3 h. 20 le matin, durée du travail 9 h. 20.

Enfant : sexe masculin, poids 3260 gr., long. 50 centim.

État physique bon.

Placenta 530 grammes.

Observation V. — Accouchement n° 450 (1898). — Nonopare, 32 ans, ménagère.

Entrée au dortoir le 20 février. Accouchement le 17 mars 1898, rougeole à 8 ans.

Réglée à 15 ans, régulièrement à la même date du mois, de quatre jours. Dernières règles ? Enceinte en nourrissant. Accouchements précédents : 1885, 1887, 1888, 1889, 1892, 1893, 1894, 1896.

Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 17 mars à 4 h. 45 du soir.

Durée du travail, 3 h. 45.

Enfant : sexe masculin, poids 4,000 gr., long. 52 centim.

État physique bon.

Placenta 680 grammes.

Observation VI. — Accouchement n° 619 (1899). — Primipare, 23 ans.

Entrée au dortoir le 10 décembre 1898. Accouchement le 1er avril 1899.

Fièvre typhoïde à 21 ans.

Réglée à 11 ans. Régulièrement de 3 ou 4 jours, faible, interruption pendant 10 mois après la fièvre typhoïde.

Dernière règles le 10 février 1898.

Elle a le 10 décembre 1898 une hémorrhagie vaginale ; est reçue à la clinique le même jour. Les hémorrhagies n'ont plus reparu depuis son admission.

Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 1er avril 1899 à 5 h. 30 le soir. Durée du travail, 14 heures.

Enfant : sexe féminin. Poids 2,800 gr., long. 49 centim.

État physique bon.

Placenta 550 grammes.

Observation VII. — Accouchement n° 516 (1899). — Primipare, 25 ans. Syphilis.

Entrée au dortoir le 10 février. Accouchement le 18 mars 1899. A eu la coqueluche dans son enfance ; était toujours bien portante. Il y a deux ans une éruption cutanée (varioliforme ?) avec céphalalgie, maux de gorge, a encore maintenant les glandes du cou enflées.

Réglée à 14 ans, régulièrement, toujours un ou deux jours de retard,

de cinq à six jours. Dernières règles du 20 au 26 mai 1998, pas d'albumine.

Expulsion du fœtus, le 18 mars à 2 h. 20 le soir.

Durée du travail 6 h. 10.

Enfant : sexe masculin. L'enfant naît en état de *mort apparente*. Les battements du cœur sont faibles, mais l'enfant ne respire pas malgré des insufflations, il ne peut pas être ranimé. Poids 1,990 gr., long. 41 cent. L'épiderme est enlevé aux pieds et à la main droite. Aucune bulle de pemphigus.

Placenta 540 grammes; profonds sillons intercotylédonaires; quelques hémorrhagies sous-choriales. Cercle fibrineux, cordon gros.

Observation VIII. — Accouchement n° **336** (1900). — Primipare, 19 ans, domestique.

Entrée au dortoir le 23 janvier, accouchement le 22 février 1900.

Mère morte à 40 ans d'une maladie de poitrine.

Fièvre typhoïde à 13 ans.

Règles irrégulières tous les 15-21 jours ; fortes de 6-4 jours. Dernières règles fin mai 1899. Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 22 février à minuit 55.

Durée du travail, 52 heures. T. 36°,9; P.80. Injections intra-utérines après l'accouchement.

Enfant : sexe féminin. Poids 3,220 gr., long. 48 centim. État physique bon.

Placenta 560 gr.

Observation IX. — Accouchement n° **385** (1900). — Primipare, 20 ans, domestique.

Entrée au dortoir le 6 janvier. Accouchement le 1er mars 1900. Jamais malade.

Réglée à 15 ans, régulièrement toutes les trois semaines, quatre jours; règles fortes. Dernières règles le 21-25 mai 1899.

Pas d'albumine, mais *glycosurie ;* le sucre diminue lentement après l'accouchement.

Expulsion du fœtus le 1er mars à une heure de l'après-midi.

Durée du travail, 9 heures. T. 36°,8, P. 70.

Enfant : sexe masculin. Poids 3,150 gr., long. 49 centim. État physique bon.

Placenta 440 gr.

Observation X. — Accouchement n° **630** (1900). — Primipare 24 ans, cuisinière.

Entrée au dortoir le 22 février. Accouchement le 7 avril 1900. Fluxion de poitrine à 13 ans. Varices aux jambes avec périphlébite.

Réglée à 14 ans, régulièrement tous les 28 jours, de 6 jours. Règles très fortes avec douleurs dans le ventre et dans les reins les premiers jours.

Dernières règles le 22-28 juin.

Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 7 avril, à 1 h. 30 du matin. Durée du travail, 10 h. 30; T. 37°.

Enfant du sexe masculin ; poids, 3,750 gr. ; long. 51 centim. État physique bon.

Placenta, 690 grammes.

Observation XI. — Accouchement n° **129**, à la Pitié (1900). — Primipare, 23 ans, ménagère. — Accouchement prématuré. Bassin rétréci. Hydramnios.

Entrée au dortoir de la clinique Baudelocque le 17 février. Transférée à la Pitié le 17 mars. Accouchement le 19 mars 1900.

Rougeole dans l'enfance. Rhumatismes à 20 ans. Père rhumatisant, mort à 68 ans. Mère asthmatique.

Réglée à 12 ans. Règles de quatre jours, peu abondantes ; reste souvent cinq ou six mois sans règles.

Dernières règles, 15-20 juin 1899.

Vomissements les trois premiers mois. Pas d'albumine pendant la grossesse ni au moment de l'accouchement.

Durée du travail, 53 h. 30.

Expulsion du fœtus le 19 mars, à 2 h. 45 du soir.

Injection intra-utérine de permanganate de potasse après l'accouchement. T. 36°,8, P. 120 après l'accouchement. Traces d'*albumine* dans les urines le 20 mars et les quatre jours suivants. Beaucoup de pigments biliaires.

27 mars. Lochies fétides. Injection vaginale au permanganate de potasse.

Maximum de la température le 28 mars : 37°,6.

Sortie de l'hôpital le 4 avril, en bon état.

Enfant du sexe masculin ; poids, 2,480 gr. ; long. 47 centim. ; état physique d'un enfant prématuré. L'enfant naît en état de mort apparente. Pas de mucosités dans la bouche. Bain chaud. Il crie au bout de dix minutes. Bosse séro-sanguine volumineuse siégeant aux pariétaux. Mis en couveuse ; respire difficilement ; meurt le 20 mars.

Autopsie. — Endocardite fœtale partout, surtout dans le cœur gauche.

Placenta, 580 gr. Dégénérescence calcaire.

Observation XII. — Accouchement n° 605 (1900). — Tertipare, 24 ans, cuisinière. — Attaques nerveuses avec perte de connaissance. Régime lacté.

Entrée au dortoir le 23 janvier. Accouchement le 3 avril 1900.

Rougeole à 12 ans.

Réglée à 14 ans. Règles toujours régulières, tous les 26 jours ; trois jours fortes, cinq jours faibles.

Dernières règles le 25 juin-2 juillet 1899.

Accouchements précédents bons : le premier en 1894, le second en 1897.

Pendant cette grossesse, elle avait toujours mal au cœur. Le 16 janvier, à 2 heures de l'après-midi, elle perd connaissance et tombe ; ne reprend ses sens que trois heures après et garde un abattement général.

Depuis ce jour, elle éprouve à différentes reprises et spontanément des vertiges non suivis de chute, et elle ne travaille plus depuis. Dans le nuit du 22 au 23 janvier, elle a dans son lit un nouvel accès, se débat et se mord la langue. Elle est amenée à la clinique le 23 janvier, à 1 heure du matin. Après chaque attaque, elle éprouvait de la lassitude générale et de la courbature. Pas d'albumine. Expulsion du fœtus le 3 avril 1900, à 8 h. 10 du soir.

Durée du travail, 5 h. 10.

Enfant du sexe masculin ; poids, 3,540 gr. ; long. 49 centim. ; placenta, 700 gr.

La malade a suivi *le régime lacté* (4 litres de lait par jour) depuis son entrée et n'a plus eu d'attaques. État bon à la sortie de la clinique.

Observation XIII. — Secondipare, 38 ans.

Entrée au dortoir le 19 février 1900.

Réglée à 14 ans. Époques toujours régulières, durent trois jours.

Première grossesse en 1893, avortement au cinquième mois ; a eu des vomissements du deuxième au quatrième mois de la première grossesse.

Vomit depuis le 1er février. A eu les dernières règles le 20 décembre 1899. On lui donne la diète hydrique dès son entrée; ensuite du lait, 1 litre et demi à 2 litres et une demi-bouteille d'eau de Vichy ; un lavement par jour avec un demi-litre d'eau bouillie et une cuillerée de glycérine.

La malade ne vomit plus à partir du 23 février. Elle avait du chloral jusqu'au 5 mars.

La malade quitte le service le 15 mars.

OBSERVATION XIV. — Primipare, 31 ans.

Entrée au dortoir le 3 mars 1900.

Réglée à 15 ans. Époques toujours régulières, durent trois jours.

Dernières règles le 7-10 novembre 1899.

Jaunisse depuis le 27 février ; elle s'est déclarée tout d'un coup.

Régime lacté et eau de Vichy (2 litres de lait, 1/2 bouteille d'eau de Vichy).

La malade quitte la clinique le 22 mars.

III. — Analyses, Tableaux et Planches.

Les analyses des urines ont été exécutées dans le laboratoire de la clinique Baudelocque et d'après les méthodes suivantes :

1° AZOTE TOTAL. — Méthode de Kjeldahl-Hernninger. Prise pour une combustion : 20 centim. cubes d'urine et 5 centim. cubes d'acide sulfurique (60 centim. cubes acide sulfurique pur et 30 centim. cubes acide sulfurique fumant). Combustion jusqu'à décoloration complète ou teinte légèrement ambrée. L'azote du sulfate d'ammoniaque obtenu a été dosé par décomposition, au moyen de l'hypobromite de soude avec l'appareil Moreigne et suivant son procédé.

2° URÉE. — Après défécation par le sous-acétate de plomb et par décomposition au moyen de l'hypobromite de soude, l'urée a été dosée suivant la méthode de Moreigne et avec son appareil. Des indications barométriques et thermométriques ont toujours été prises avec exactitude.

Chacune des analyses a été faite deux ou même trois fois, de telle sorte que les différents essais se contrôlaient entre eux.

Les chiffres indiqués ont toujours été tirés de la moyenne des résultats de deux analyses correspondantes.

Enfin, dans la plupart des cas, les analyses ont été faites sur des urines de femmes qui, en traitement depuis huit jours au moins à la clinique, s'étaient habituées à son régime alimen-

taire et se trouvaient, par conséquent, dans de bonnes conditions au point de l'équilibre dans les échanges.

Les *tableaux I-XII* donnent la date, le volume des urines, la densité ; les quantités par litre et par jour (vingt-quatre heures) de l'azote total, de l'azote de l'urée, de l'urée, le rapport azoturique ou coefficient d'oxydation d'Albert Robin et le jour de l'accouchement.

Pour avoir des chiffres plus indépendants des variations journalières et pour éliminer autant que possible les erreurs qui peuvent être occasionnées par des pertes d'urines chez l'une ou l'autre des femmes examinées, j'ai pris des moyennes de quatre ou cinq jours (avec le jour de l'accouchement), que j'ai comparées les unes aux autres.

Ces moyennes, plus faciles à embrasser d'un seul coup d'œil que les résultats de chaque jour en particulier, sont présentées dans les *tableaux I-XIV*.

En procédant ainsi par moyennes de quatre jours, j'ai obtenu des chiffres très exacts, qui accusent des différences très notables.

Ces différences reviennent dans les cas examinés avec une si grande régularité qu'elles permettent de justifier et de regarder comme absolument concluantes les observations faites sur la nutrition dans l'état puerpéral.

J'ai déjà employé cette méthode dans mes deux travaux précédents : l'un sur l'influence des bains salins de haute minéralisation sur la nutrition, et l'autre sur l'influence de la menstruation sur la nutrition.

Le *tableau XVI* donne un aperçu synoptique des 12 cas observés.

Le *tableau XV* présente les données de la période de l'accouchement comparée à celles de la période post-parturiante des 5 cas I, IV, VI, VII et X.

Au *tableauXVII* figurent les moyennes totales obtenues sur les femmes enceintes et comparées à celles des femmes non enceintes.

Le *tableau XVIII* représente une étude comparative des moyennes totales de la nutrition de la femme enceinte et de la

femme non enceinte, avec augmentation (+) ou diminution (—) des diverses valeurs. Volume des urines, densité, urée, azote de l'urée, azote total et coefficient azoturique.

Le *tableau XIX* donne les moyennes des I P et des M P de Zacharjewski et de mes cas.

Le *tableau XX* donne des moyennes de deux femmes observées dans la première moitié de la grossesse, l'une souffrante de vomissements, l'autre d'un ictère.

Planches : Dans les 5 cas (I, IV, VI, VII et X) que j'ai pu observer pendant plus de trente-cinq jours, j'ai établi les valeurs par périodes de quatre jours, sous forme d'une courbe. (Voir les planches portant les n°s I, IV, VI, VII et X).

Les *planches XVI-A* et *XVI-B* représentent une étude de la nutrition de la femme enceinte comparée à la nutrition de la femme non enceinte.

Ces *planches XVI-A* et *XVI-B* correspondent au tableau XVII.

Les chiffres qui y figurent ont été obtenus en additionnant, d'une part, les moyennes correspondantes constatées, pendant dix périodes de quatre jours, chez 5 femmes enceintes (cas I, IV, VI, VII et X) et, d'autre part, les moyennes relevées, pendant huit périodes de quatre jours, chez 4 femmes non enceintes (cas I, II, IV et V).

Bibliographie.

1° Winckel (*Studien über den Stoffwechsel bei der Geburt und im Wochenbette*, 1865) trouve l'excrétion de l'urée plus intensive pendant l'accouchement qu'avant et après celui-ci.

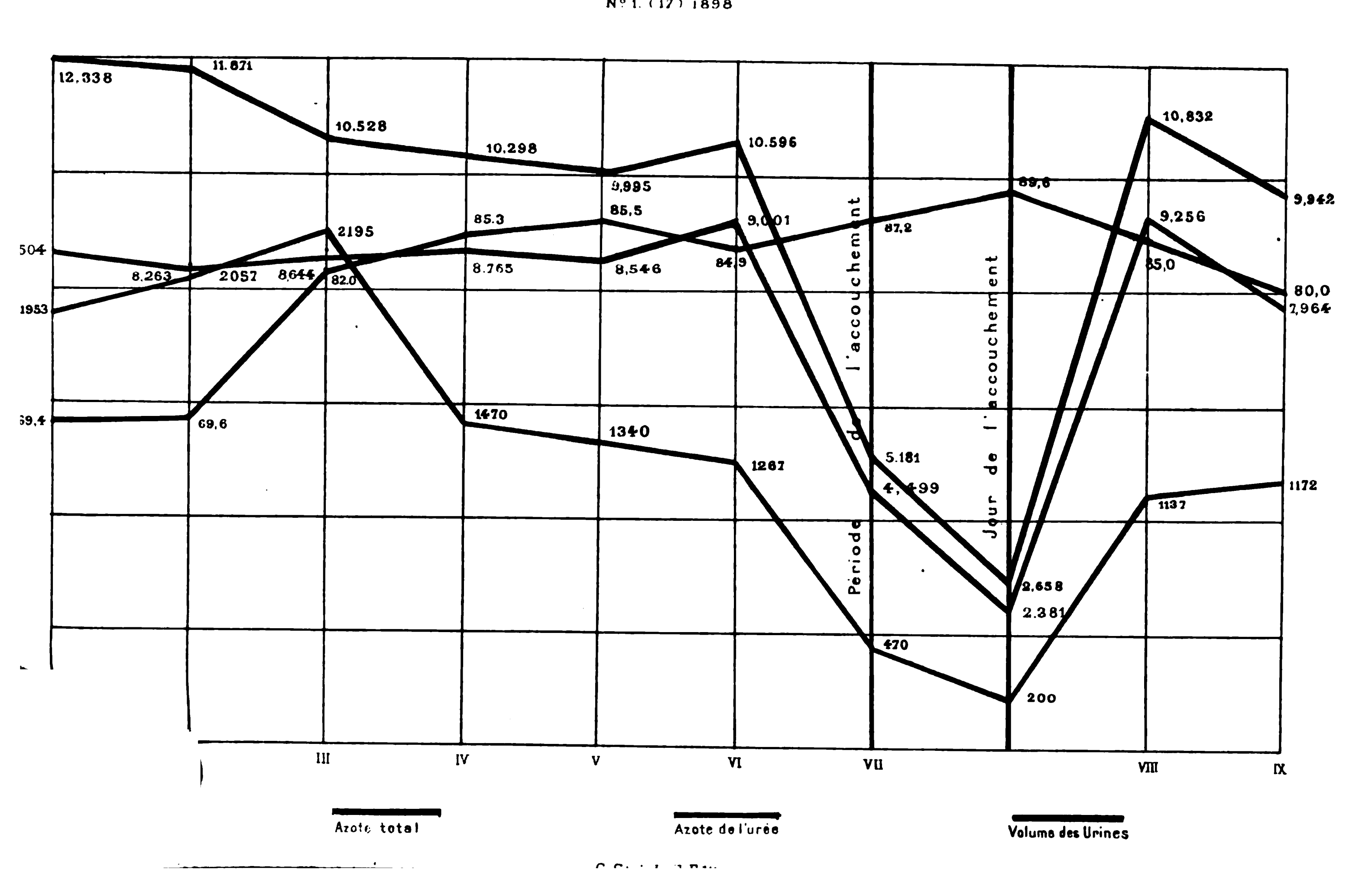
2° Heinrichsen (thèse 1866) trouve l'excrétion de l'urée au contraire plus petite pendant l'accouchement qu'auparavant et plus grand après celui-ci.

3° Stohmann (*biographische Studien*, 1873) constate une rétention d'albumine pendant la lactation.

4° Kleinwachter (Ueber den Stoffwechsel und die Diät im Wochenbette. *Vierteljahresschrift für prakt. Heilkunde*, 1874, et Das Verhalten des Harnes im Verlaufe des normalen Wochenbettes. *Archiv für Gynækologie*, 1876). Dans le pre-

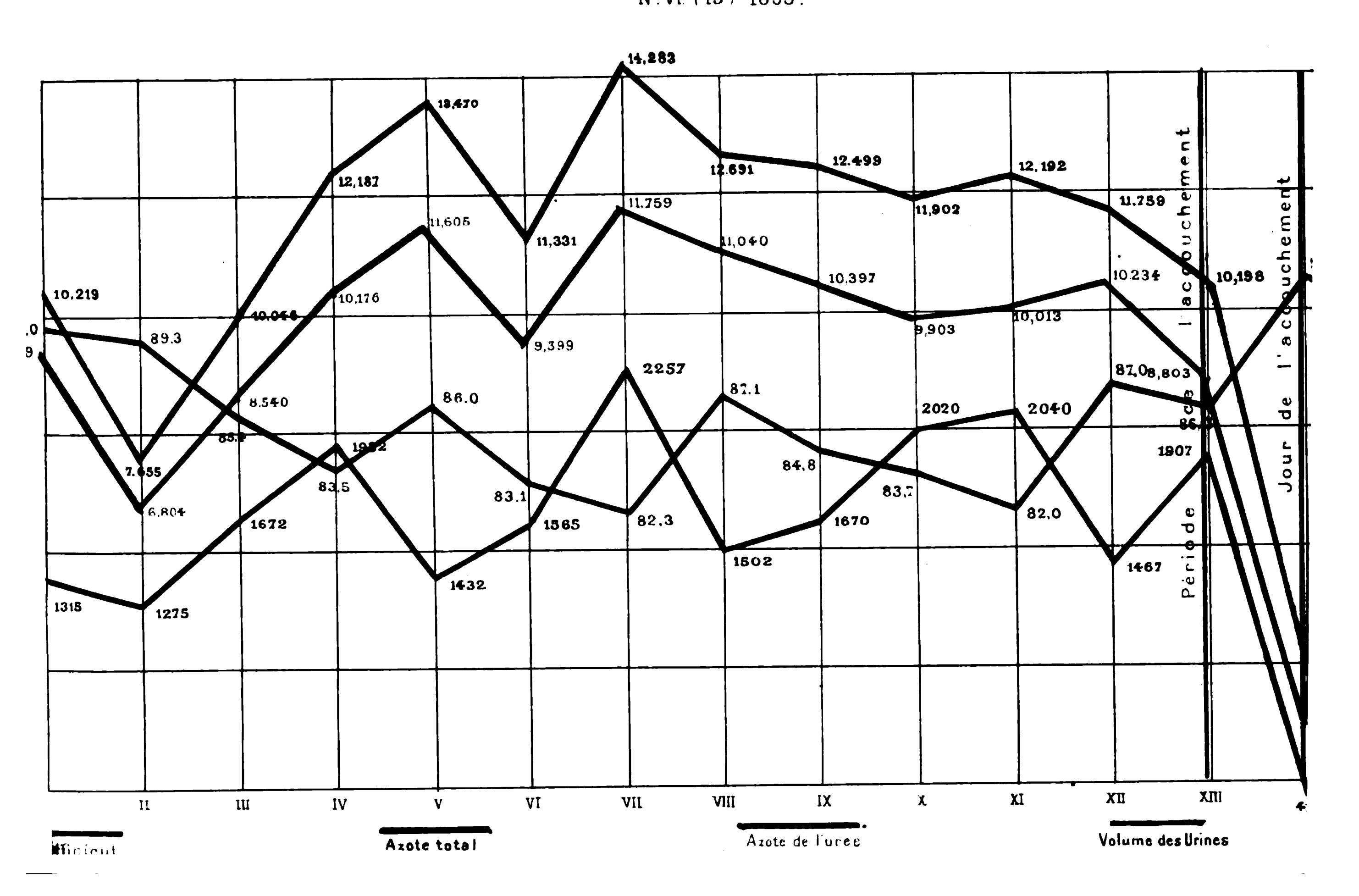
Variations de la nutrition chez la femme enceinte

N° 1. (17) 1898



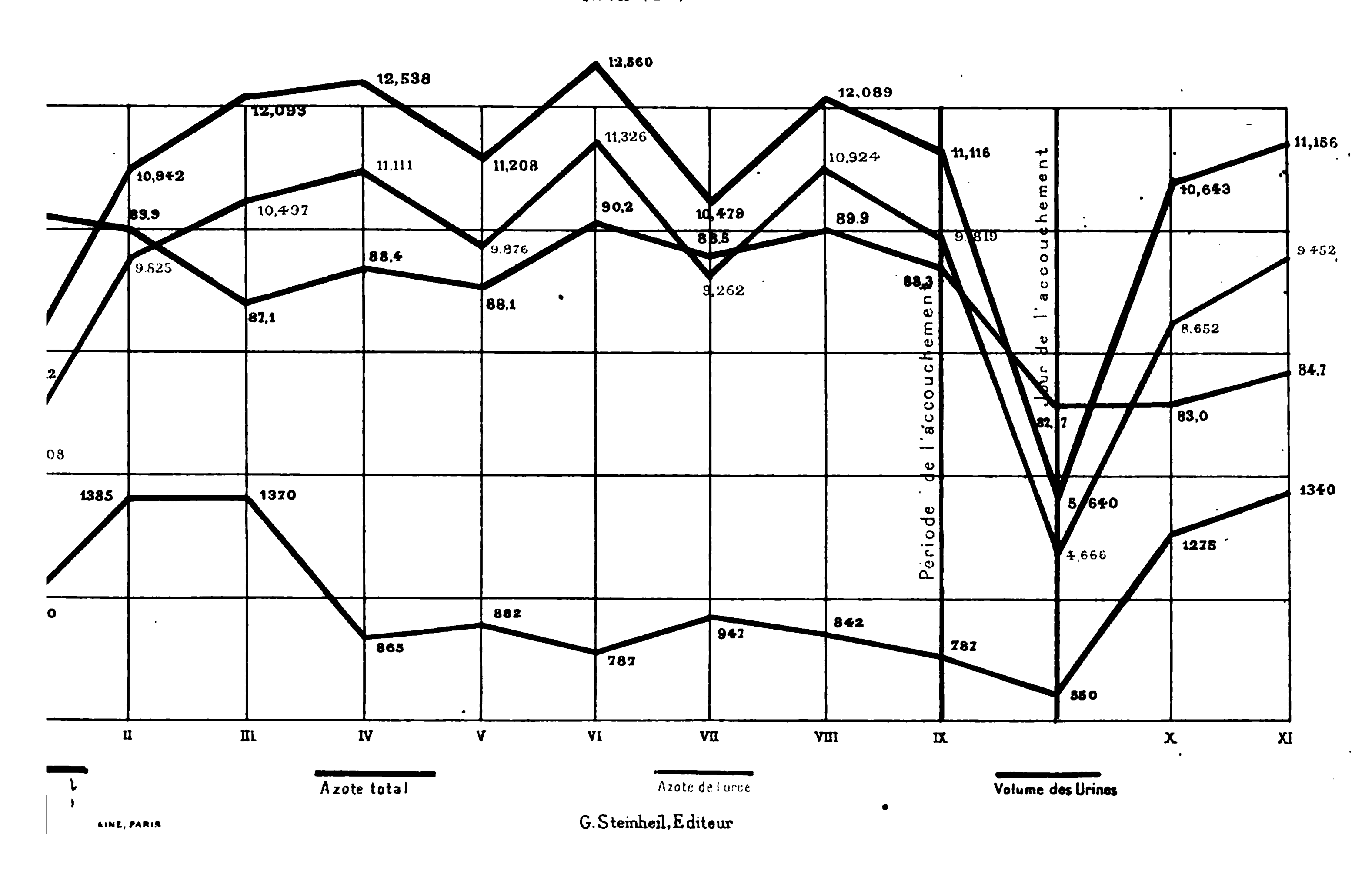
Variations de la nutrition chez la femme enceinte

N°VI (13) 1899.

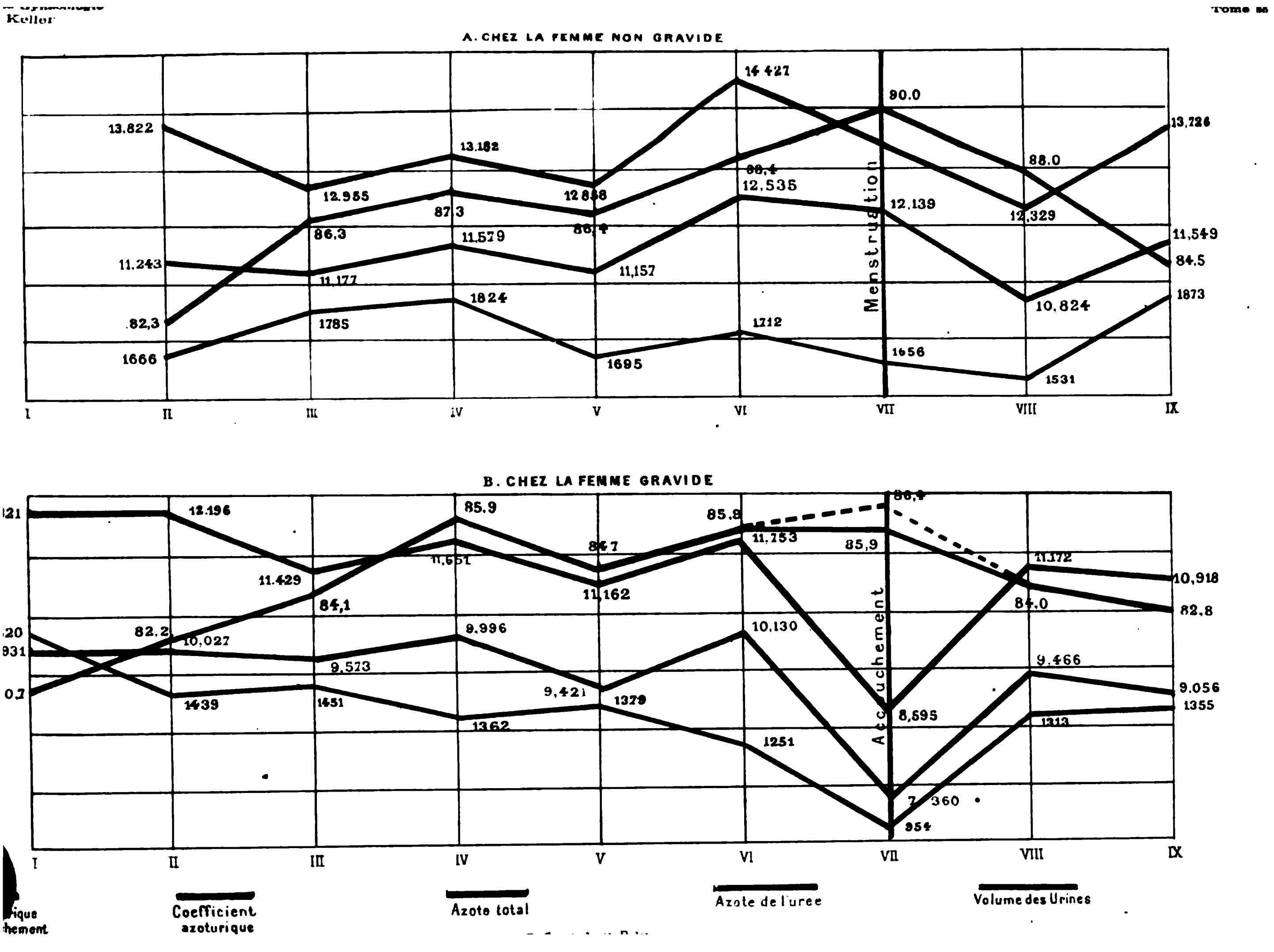


Variations de la nutrition chez la femme enceinte

N°VII (22) 1899



G. Steinheil, Editeur


A. CHEZ LA FEMME NON GRAVIDE
13.822
12.955
13.182
12.838
14.427
90.0
13,726
88.0
12,329
86,3
87,3
12,535
12,139
11.243
11.177
11.579
11,157
11,549
84,5
82,3
10,824
1666
1785
1824
1695
1712
1656
1531
1873
Menstruation
I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
IX
B. CHEZ LA FEMME GRAVIDE
12.196
11.429
85.9
84,1
85,9
11,753
11,162
11,172
10,918
84,0
82,8
82.2
10,027
9.996
9.573
9,421
10,130
9.466
9.056
1439
1451
1362
1379
1251
8,595
1313
1355
360
954
Accouchement
Coefficient azoturique
Azote total
Azote de l'uree
Volume des Urines

mier travail, l'auteur donne comme moyenne de l'urée 35,5 grammes, dans le second, 26,5 grammes.

5° Klemmer (Untersuchungen über den Stoffwechsel der Wöchnerinnen u. die zweckmässigste Diät derselben. *Berichte aus der Königl. sächs. Entbundungsanstalt*, 1876) donne les valeurs moyennes de l'urée pour :

Le régime animal, 51,8 gr.

Le régime des œufs, 32,9 gr.

Le régime mixte, 26,2 gr.

6° Grammatikati (thèse 1883) trouve une augmentation des échanges dans la période de la lactation. Il constate le maximum de l'azote total et de l'urée entre le troisième et le cinquième jour après la délivrance.

7° Repreff (1888 et 1889, deux travaux) constate pendant la grossesse et pendant la lactation l'assimilation augmentée, la désassimilation diminuée, l'oxydation ralentie. L'azote total des matières fécales et de l'urine, l'acide phosphorique et le volume des urines diminuent progressivement pendant la grossesse, l'azote des matières protéiques est retenu en plus grande proportion.

8° Hagemann (O) (Ueber Eiweiss umsatz während der Schwangerschafft und der Lactation. *Du Bois' Archiv*, 1890) a fait ses expériences sur une chienne. Constatations : la chienne excrète plus d'azote qu'elle n'en introduit par la nourriture dans la première moitié de la grossesse. Elle retient de l'azote, des matières albuminoïdes, dans la seconde moitié de la grossesse et pendant la lactation.

9° Zacharjewski A. U. (Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage des Wochenbettes. *Zeitschrift für Biologie*, 1894, vol. 30) trouve que les I. P. diminuent de poids les derniers jours de la grossesse, tandis que les M. P. restent stationnaires ou augmentent même. Pendant la grossesse et surtout de dernier jour de la grossesse, la rétention de l'azote est beaucoup plus grande chez les multipares (5,122 gr. = 25,73 p. 100 de l'azote de la nourriture) que chez les primipares (1,399 gr. = 8,93 p. 100 de l'azote de la nourriture).

Le volume des urines ne diminue pas.

Dans la période post-parturiante, cet auteur constate une excrétion d'azote supérieure à l'ingestion. L'organisme reprend lentement l'équilibre azoté aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

La faculté de réduction des urines est augmentée chez les femmes accouchées.

10° Tapret et Londe *(Étude comparée de la nutrition chez les femmes enceintes et chez les phtisiques)* ont fait les constatations suivantes :

Diminution de densité, diminution probable de l'urée, de l'acide urique et des matières extractives, des acides libres, des sulfates, des phosphates et particulièrement du phosphate de chaux.

Augmentation des chlorures.

Ils en concluent que la nutrition pendant la grossesse se caractérise par le *ralentissement*, la *déminéralisation* et l'*épargne des substances azotées*.

11° Oddi et Vicarelli *(Arch. ital. de biol.*, 1891) constatent dans leur travail : « Influence de la grossesse sur l'ensemble de l'échange respiratoire », une élévation du quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O}$; l'exhalation de CO^2 est plus grande que la consommation de l'oxygène et ils en déduisent que pendant la grossesse il y a surtout consommation de substances hydro-carbonées et épargne des aliments azotés.

12° Charrin et Guillemonat *(Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1899, n° 10). « Physiologie pathologique de la grossesse et rôle de l'hyperglycémie et de la déminéralisation dans la genèse des prédispositions morbides de la période puerpérale. » — Leur examen a porté sur des lapines. Ils constatent que l'urée est diminuée dans la grossesse de même que le volume des urines et la toxicité de l'urine.

Ils concluent qu'au voisinage de l'accouchement, l'hyperglycémie et la déminéralisation constituent des modifications organiques qui font que l'économie à cette période offre un milieu favorable à l'évolution des maladies.

13° Charrin, Guillemonat et Levaditi (*Comptes rendus de*

la Soc. de biol., 1899, n° 19) prouvent que la grossesse engendre dans l'organisme une série de modifications, soit une augmentation, soit une diminution de l'urée, de l'azote total, du volume des urines, de la température (expérience sur des cobayes).

14° LABADIE-LAGRAVE, E. BOIX et J. NOÉ.

a) Toxicité urinaire chez le cobaye en gestation *(Arch. gén. de médecine*, septembre 1887). — Les auteurs érigent en loi générale la diminution de la toxicité urinaire dans la grossesse.

b) Recherches sur la toxicité urinaire chez la femme enceinte *(Arch. gén. de médecine*, mai 1899). — Ils concluent : « Dans la grossesse normale, le coefficient uro-toxique baisse peu après le début (un mois et demi) au-dessous de la normale (0,46), et à partir du troisième mois se tient, jusqu'à l'accouchement, aux environs de 0,20. Dans le mois qui suit l'accouchement, il remonte progressivement et rapidement vers la normale qu'il atteint (toxicité urinaire) après deux mois environ. »

15° HÉLOUIN (M.) *(Contribution à l'étude du diagnostic de l'hépatotoxhémie gravidique*, thèse de Paris, 1899). — L'auteur établit trois conclusions :

1° Chez toute femme enceinte normale, le rapport azoturique varie dans les mêmes limites qu'en dehors de la grossesse, tout en ayant tendance à augmenter dans les derniers mois.

2° Toute femme enceinte, albuminurique ou non, dont le rapport azoturique est inférieur à 80, doit être considérée comme atteinte d'insuffisance hépatique.

3° Le régime lacté prouve sa grande valeur thérapeutique en faisant rapidement augmenter ce rapport au-dessus de la normale.

16° POTOCKI (Sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques. *Bull. méd.*, n° 10, 1898).

Il constate que le bleu de méthylène peut passer à travers le rein dans des délais normaux et qu'il faut chercher ailleurs que dans une lésion du rein la cause de l'éclampsie puerpérale.

17° LE MASSON (C.) *(Les ictères et la colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité.* Thèse de Paris, 1898).

L'auteur regarde les phénomènes sympathiques du début de la grossesse, les ictères et la colique hépatique comme des manifestations de l'hépatotoxhémie gravidique de Pinard ou de l'insuffisance hépatique.

18° Bouffe de Saint-Blaise (Les auto-intoxications gravidiques. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898). — L'auteur conclut :

« Les auto-intoxications, qui existent à l'état normal chez tout individu sain, ne deviennent apparentes et ne donnent lieu à des phénomènes morbides que quand les organes de défense sont insuffisants : le foie, pour transformer ou fixer certains poisons ; les reins, pour éliminer le reste. Les auto-intoxications sont augmentées du fait de la grossesse pour des causes multiples. Le foie paraît avoir une action prépondérante et son action peut être entravée par un état antérieur de maladie, par une maladie chronique des reins ou par une affection accidentelle. Le rein a une action généralement très grande, mais néanmoins secondaire à l'état du foie. »

19° *Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale.* Thèse de Paris, 1898.

V. — Observations relatives aux malades et explication des tableaux.

Régime des femmes observées. — Toutes les femmes observées, à l'exception des cas II, XI et XII, XIII et XIV, ont eu la nourriture ordinairement donnée à la clinique, et qui est la même dans tous les hôpitaux de Paris dépendant de l'Assistance publique :

7 heures : soupe aux légumes avec pain ;

11 heures : ragoût de bœuf et pommes de terre ;

5 heures : soupe, bœuf et légumes (surtout des pommes de terre, des carottes et des lentilles) ; du macaroni plus rarement.

Tous les dimanches, salade en remplacement des légumes. Pain à discrétion. Comme boisson : du coco à discrétion (infusion de réglisse) ; 9 centilitres de vin à midi et le soir.

Les cas II et XII, XIII et XIV ont été au régime lacté pur :

Le cas XI a eu 1 litre de lait par jour en plus de la ration ordinaire. Le cas I a eu le régime lacté à partir du 20 février.

Je rappelle ici les moyennes suivantes que j'ai tirées des résultats analytiques des urines des 12 femmes enceintes et des 5 femmes non enceintes :

Les moyennes pour l'état puerpéral, pour l'état de vacuité.

Volume.............	1375 cc.	1551 cc.
Densité.........	1017.6	1017.3
Urée.................	20.02	24.47
Azote total...........	10.999=11.000	13.232
Rapport azoturique....	84.7	86.0

Observation. I. — IIpare, trente-six jours observés. C'est la plus intéressante des 14 observations.

Toutes les valeurs sont beaucoup au-dessous des valeurs moyennes.

Le *volume* des urines est d'abord très augmenté, ensuite puissamment diminué : la polyurie devient oligurie et presque anurie avant l'accouchement.

L'*azote total* est d'abord augmenté, ensuite diminué.

L'*urée* est toujours diminuée, plus au commencement que vers le temps de l'accouchement :

Le *coefficient azoturique* subit d'abord une diminution considérable pour dépasser la moyenne vers l'époque de l'accouchement.

La densité suit proportionnellement le volume. Nous avons donc d'abord une *insuffisance hépatique :* le foie ne forme pas assez d'urée; le rein fonctionne bien : le volume des urines est grand ; l'urine contient trop de matières incomplètement oxydées ; la nutrition est ralentie ; la résistance vitale de l'individu est diminuée. La femme acquiert un refroidissement, qui amène une *insuffisance rénale*. Elle a des saignements du nez et de la bouche, de l'albuminurie. Sur ce terrain tout préparé se greffe l'*infection puerpérale avec issue mortelle ;* l'infection a achevé cette femme, qui était une « hépatique ». Ni le régime lacté, ni les injections avec le sérum Marmoreck, ni le curettage, ni les autres soins n'ont pu combattre l'insuffisance hépatique et rénale et vaincre l'infection ainsi que ses suites pernicieuses.

Le cas nous démontre combien il faut surveiller le fonctionnement du foie et du rein dans le dernier temps de la grossesse ; combien il faut éviter toute infection, même un refroidissement

qui est déjà capable d'amener les plus graves accidents quand le foie est même légèrement insuffisant.

Des recherches sur l'excrétiond e l'azote total, de l'urée et du rapport azoturique contribueront à nous donner des renseignements précieux.

Le cas est encore compliqué à cause de la grossesse gémellaire qui a dû fatiguer la mère bien plus qu'une grossesse simple.

Les enfants sont bien développés, mais un peu au-dessous du poids et de la longueur moyenne.

Observation II. — Sextipare, *albuminurique*, observée 26 jours. Régime lacté.

L'azote total et l'urée débutent par le maximum et baissent lentement pour atteindre le minimum dans la période de l'accouchement.

Le volume des urines atteint le maximum et le rapport azoturique, le minimum deux périodes avant le jour de l'accouchement.

Après celui-ci on constate une augmentation de tous les chiffres.

Le volume, l'azote total et l'urée sont au-dessus de la normale, la densité et le rapport azoturique sont au-dessous.

Il y a une forte augmentation des urines et une élimination considérable des matières incomplètement oxydées grâce au régime lacté.

L'enfant est fort et bien développé.

Observation III. — Primipare, observée 30 jours. *Utérus fibromateux.*

Le volume, la densité, l'azote total et l'urée atteignent leur maximum, deux périodes avant la période de l'accouchement pour baisser ensuite; le rapport azoturique l'atteint dans la période de l'accouchement (87,6 p. 100). Après celui-ci, toutes les valeurs augmentent de nouveau.

L'azote total, l'urée et la densité sont au-dessus de la moyenne totale, le volume et le rapport azoturique atteignent la moyenne.

L'enfant est peu développé (45 centim., 2,550 gr.). L'état fibromateux de l'utérus est peut-être la cause de ce développement insuffisant.

Observation IV. — Primipare, observée 43 jours.

Toutes les valeurs commencent à s'élever dans la septième période avant l'accouchement pour atteindre leur maximum, savoir : l'azote total, l'urée et le rapport azoturique quatre périodes, le volume deux périodes avant la délivrance. Dans ce moment toutes les valeurs sont très basses, le rapport azoturique seul monte. Après l'accouchement, toutes montent.

Toutes les moyennes, excepté la densité, sont au-dessous de la normale. L'enfant est bien dévoloppé.

Observation V. — Nonopare, observée 28 jours.

Le volume, l'azote total et l'urée suivent à peu près une ligne parallèle, pour atteindre le maximum dans la seconde période avant le jour de l'accouchement.

Le rapport azoturique et la densité atteignent le minimum dans la même période. Après l'accouchement, toutes les valeurs s'élèvent au-dessus de la moyenne qu'elles ont eue auparavant.

Tous les chiffres et la densité sont au-dessus de la normale ; c'est le contraire du cas précédent.

L'enfant est très grand (4,000 gr., 52 centim.).

Observation VI. — Primipare, observée 57 jours.

Le volume, l'azote total et l'urée atteignent leur maximum dans la septième période avant l'accouchement. Ils tombent à partir de ce moment pour atteindre le minimum le jour de l'accouchement. Le rapport azoturique suit juste la marche contraire. A partir de l'accouchement les chiffres se relèvent de nouveau.

Le volume, l'azote total, l'urée et le rapport azoturique sont légèrement au-dessus de la normale, la densité se tient au-dessous.

L'enfant est au-dessous de la moyenne (fille 49 centim., 2,800 gr.).

Observation VII. — Primipare, observée 44 jours. — *Syphilis.*

L'azote total et l'urée atteignent le maximum dans la quatrième et sixième, le rapport azoturique dans la deuxième et quatrième et le volume dans la septième et huitième périodes avant l'accouchement.

Toutes les valeurs, même le rapport azoturique, tombent à l'approche de l'accouchement, atteignent leur minimum le jour de la délivrance, pour remonter de nouveau après.

La moyenne de l'urée atteint la moyenne générale, mais l'azote total et surtout le volume sont au-dessous de la normale. Le rapport et la densité sont, par conséquent, au-dessus de la normale, ils atteignent le maximum, comme le volume atteint le minimum, surtout avant le jour de l'accouchement

La mère a contracté la syphilis il y a deux ans.

L'*enfant* est né prématurément, est très peu développé (1,990 gr. et 41 centim.). Le cœur de l'enfant bat, mais on n'arrive pas à le faire respirer. La nutrition de l'enfant s'effectuait donc dans des conditions des plus défavorables et des plus insuffisantes.

Observation VIII. — Primipare, observée 20 jours.

L'azote total et l'urée atteignent leur maximum dans la période avant l'accouchement ; le volume, deux périodes avant celui-ci.

Toutes les valeurs diminuent après la délivrance ; c'est le seul cas où cela arrive.

Le volume est au-dessus, l'urée, l'azote total et la densité sont au-dessous de la moyenne générale.

Le rapport azoturique l'atteint justement.

Enfant normal.

Observation IX. — Primipare, observée 27 jours. — *Glycosurie.*

Le volume, l'azote total et l'urée atteignent le maximum dans la période qui précède l'accouchement ; le rapport azoturique l'atteint dans la troisième période avant celui-ci. Ceux-là ne commencent à remonter que dans la deuxième période après l'accouchement, mais le rapport azoturique baisse encore.

La moyenne de l'azote total, de l'urée, de la densité et du rapport azoturique est au-dessus, le volume au-dessous de la moyenne générale. Nous sommes vis-à-vis d'un cas avec *fonctionnement exagéré* du foie, *hyperhépatie* de Gilbert.

Ce cas présente les plus grandes valeurs des 12 cas, excepté pour le volume. La glycosurie diminue lentement après l'accouchement.

Enfant normal.

Observation X. — Primipare, observée 37 jours.

L'azote total et l'urée atteignent le maximum dans la seconde période, le volume et le rapport azoturique dans la quatrième période avant l'accouchement. Le minimum du volume, de l'azote total et de l'urée est atteint le jour même de la délivrance. Il y a augmentation de ces valeurs après. Le coefficient reste stationnaire avant l'accouchement et tombe après celui-ci.

La moyenne de l'azote total, de l'urée, de la densité et du rapport azoturique est au-dessus, le volume se tient au-dessous de la moyenne générale.

Enfant normal.

Observation XI. — Primipare, observée 34 jours. — Hydramnios et bassin rétréci.

Pour le volume, l'azote total et l'urée, on constate le maximum dans la seconde période avant l'accouchement; pour le rapport azoturique, on le constate dans la troisième période. Chacun de ces éléments tombe au minimum le jour de l'accouchement, pour se relever ensuite d'une manière notable.

Pour l'azote total, l'urée et la densité, les moyennes sont au-dessous de la moyenne générale ; pour le volume et le rapport azoturique, elles sont au-dessus. Urines très colorées. Régime lacté. Albumine après l'accouchement. Beaucoup de pigments anormaux.

Enfant prématuré (2,480 gr., 47 centim.), mort un jour après la naissance d'endocardite fœtale.

Observation XII. — Tertipare, observée 20 jours. — Attaques nerveuses éclamptiformes.

Le maximum est atteint pour l'azote total et l'urée à la seconde période avant l'accouchement ; pour le rapport azoturique à la première, pour le volume à la troisième.

Le minimum est constaté le jour de l'accouchement.

L'azote total, l'urée et le rapport azoturique remontent ensuite, mais le volume reste en diminution.

Les moyennes du volume de l'azote total, de l'urée et de la densité sont au-dessous de la moyenne générale ; le rapport azoturique la dépasse un peu.

Attaques nerveuses ; régime lacté. Urines très colorées ; beaucoup de pigments anormaux.

Enfant normal.

Les cas XI et XII se ressemblent beaucoup ; leurs urines montrent les symptômes des urines dans l'insuffisance hépatique.

Observation XIII. — Secondipare. Vingt-deux jours observés, *vomissements*.

Le volume des urines, l'azote total et l'urée sont très diminués ; ils n'atteignent pas même la moitié du taux normal. Les chiffres de l'azote total augmentent un peu après de multiples variations, le volume est très petit, 170 à 180 minimum, n'augmente que lentement, l'urée reste au même taux dans la dernière période comme dans la première.

Le *rapport azoturique diminue* assez notablement pour rester entre 77 et 78 p. 100 à la fin du traitement, donc beaucoup au-dessous du chiffre ordinaire à la fin de la grossesse. La malade est dans le troisième mois de la grossesse.

Observation XIV. — Primipare. Quinze jours observés. *Ictère*.

Le volume des urines est nettement diminué, mais arrive lentement à un chiffre proche de la normale.

L'azote total et l'urée atteignent à peine la moitié du taux normal, leurs chiffres varient peu.

Le *coefficient azoturique s'abaisse* lentement pour rester stationnaire sur 79 p. 100, chiffre beaucoup inférieur au taux ordinaire à la fin de la grossesse. La malade est dans le 4-5e mois de la grossesse.

Les deux femmes ont suivi à peu près le même régime, et ont montré sous l'influence du régime lacté un abaissement lent et constant du rapport azoturique.

Le *tableau XV* présente, dans un résumé synoptique et pour les 12 cas observés, les moyennes totales des différentes valeurs : volume des urines, azote total, urée, densité, rapport azoturique total et du jour de l'accouchement.

Ce tableau indique également le nombre des jours pendant lesquels le sujet a été observé, les dates de l'entrée à la clinique, du commencement de l'observation et de l'accouchement ; il donne l'âge de la femme observée, le nombre de ses grossesses, ses maladies et leur traitement, la date de sa dernière menstruation ; enfin on y trouve indiqué le sexe de l'enfant, sa longueur et son poids.

Le *tableau XVI* est un tableau comparatif permettant de jeter un coup d'œil facile et rapide sur les trois périodes à quatre jours du temps avant, pendant et après l'accouchement.

La période de l'accouchement est composée des quatre jours qui précèdent le jour de l'accouchement.

Dans la période préparturiante sont augmentés : le volume et l'azote total 10 fois, l'urée 9 fois, le rapport azoturique 5 fois et la densité 2 fois.

Le *tableau XVII* et les planches XVI A et XVI B donnent une étude comparative du mouvement périodique de la nutrition chez la femme enceinte et la femme non enceinte.

Pour établir la valeur moyenne générale, j'ai choisi parmi les 12 femmes enceintes les nos I, IV, VI, VII et X, et parmi les femmes non enceintes que j'ai étudiées en 1896-1897 à la Pitié, les nos I, II, IV et V, parce qu'elles restaient au moins huit périodes = trente-deux jours en observation continue. Les femmes non enceintes étaient pendant huit périodes, les femmes enceintes pendant neuf périodes en observation.

Le *tableau XVIII* nous montre les *valeurs moyennes totales*

ou générales des diverses périodes réunies ensemble dans l'*état puerpéral* et dans l'*état de vacuité*.

Le même tableau montre en outre la différence existant entre la nutrition des 8 femmes enceintes normales et celle des 4 femmes enceintes malades (3 étaient atteintes d'albuminurie, 1 avait des attaques nerveuses) ; 3 ont suivi toujours le régime lacté, 1 ne l'a suivi qu'à la fin de la grossesse (n° I).

Les *tableaux XVII et XVIII* et les planches correspondantes nous apprennent les faits suivants :

Toutes les valeurs sont *en général* plus petites dans l'état puerpéral. Il y a donc : 1° *Diminution de l'activité de la désassimilation des matières albuminoïdes, diminution de l'azote total de 16.9 p. 100.*

2° *Ralentissement et insuffisance de l'oxydation des matières albuminoïdes, diminution de l'urée de 18 p. 100 et diminution du rapport azoturique de 1,5 p. 100,* par conséquent, *augmentation des matières imparfaitement brûlées.*

La *grossesse est donc caractérisée par le ralentissement de la nutrition.*

Il y a naturellement une grande différence entre les valeurs des diverses femmes.

Chez les femmes normales, les chiffres de l'azote total, de l'urée et du rapport azoturique sont plus élevés que chez les femmes malades, le volume de l'urine est moins grand.

Le *ralentissement* dans l'activité des transformations organiques est encore *plus accentué chez les femmes enceintes et malades* que chez les femmes grosses mais bien portantes. Aucune des femmes enceintes et bien portantes n'atteint les chiffres moyens de la femme non enceinte quant à l'azote total et l'urée. Quant à la densité, le volume et le rapport azoturique, il y en a qui atteignent ou dépassent même la moyenne des valeurs de la femme non enceinte.

Ces observations se trouvent donc en parfaite harmonie avec la *théorie de l'hépatotoxhémie gravidique*, défendue et enseignée par M. Pinard.

Le tableau XIX donne une comparaison des résultats de Zacharjewski et des miens pour les dernières quatre périodes

de quatre jours avant l'accouchement pour les *multipares* et les *primipares*.

Zacharjewski a trouvé des valeurs plus grandes que moi, l'alimentation de ses cas est plus riche. Malheureusement ses chiffres pour l'urée sont inexacts, puisque l'auteur donne des jours où l'azote uréique est plus grand que l'azote total du même jour. Je ne peux donc guère comparer l'urée de ses cas avec l'urée des miens.

Le volume des urines est plus grand dans mes cas, l'urée et l'azote total ont des valeurs beaucoup plus grandes chez Zacharjewski.

Tandis que chez Zacharjewski les échanges des multipares augmentent notablement jusqu'au moment de l'accouchement, les échanges de ses primipares diminuent *avant l'accouchement;* chez moi, il y a *diminution chez les unes et chez les autres*, mais surtout chez les multipares.

Le *rapport azoturique* est plus élevé chez mes primipares, où il reste absolument stable les dernières quatre périodes = seize jours avant l'accouchement (variations entre 85,6-85,8 p. 100); il varie chez les multipares entre 82,8 et 85,8 p. 100 et sa moyenne est plus basse que chez les primipares : il y a donc un *ralentissement plus sensible de la nutrition chez les multipares* que chez les primipares. *Cette différence s'expliquerait par l'affaiblissement résultant des grossesses antérieures*, principalement en ce qui concerne les organes émonctoires (foie, reins, etc.). L'obésité, la cholélithiase, plus fréquentes chez les multipares, viennent encore à l'appui de cette conclusion. Il faut du reste aussi penser à ceci que 2 des 4 multipares ont suivi un régime lacté, qui a eu sans doute une certaine influence sur le taux azoturique.

L'*urée* et l'*azote total* se trouvent visiblement *diminués chez les multipares*.

Il est possible que l'assimilation et la désassimilation soient plus grandes chez les primipares, mais on peut aussi admettre que les multipares retiennent plus de matières albuminoïdes et en brûlent moins que les primipares parce que leurs enfants sont plus forts et se développent plus intensivement que les

fruits des primipares. Chez nos primipares les enfants étaient tous petits, ou même insuffisamment développés ou prématurés.

Il faut donc tirer cette conclusion :

Chez les multipares il y a diminution des échanges azotés et surtout diminution du rapport azoturique, donc ralentissement de la nutrition, soit par insuffisance hépatique, soit dans l'intérêt de l'enfant qui est très fort et qui absorbe une plus grande quantité de matériaux azotés que l'enfant petit et peu développé des primipares.

VI. — Résumé.

Dans les 5 cas que j'ai examinés pendant plus de trente-cinq jours, je constate les faits suivants :

1° L'*azote total* atteint son maximum 2 fois (I et VI) dans la septième période de quatre jours, 2 fois (IV et VII) dans la quatrième période de quatre jours et 1 fois (X) dans la deuxième période avant l'accouchement. Dans ce dernier cas se trouvent les autres maximum dans la sixième et septième période avant l'accouchement.

2° L'*urée* atteint son maximum 1 fois (VI) dans la septième, 2 fois (IV et VII) dans la quatrième (comme l'azote total de ces deux cas) et 2 fois (I et X) dans la deuxième période de quatre jours avant l'accouchement.

3° Le *rapport azoturique* arrive au maximum 2 fois (I et VI) dans la première, 3 fois (IV, VII et X) dans la quatrième période de quatre jours avant l'accouchement.

4° Les *matières incomplètement oxydées* atteignent leur maximum 2 fois (I et VII) dans la septième, 1 fois (IV) dans la sixième, 1 fois (X) dans la cinquième, 1 fois (VI) dans la troisième période de quatre jours avant l'accouchement.

5° Le *volume des urines* atteint son maximum 2 fois (VI et VII) dans la septième, 1 fois (I) dans la cinquième, 1 fois (X) dans la quatrième et 1 fois (IV) dans la deuxième période de quatre jours avant l'accouchement.

6° La *densité* arrive au maximum 2 fois (I et X) dans la première, 1 fois (VII) dans la troisième, 1 fois (IV) dans la cinquième et 1 fois (VI) dans la sixième période avant l'accouchement.

Nous voyons donc, si nous regardons les 5 cas séparément. une certaine irrégularité quant au temps dans lequel les différents éléments de l'urine arrivent au maximum.

Mais si nous considérons les 5 cas réunis et si nous traçons une courbe idéale ou d'ensemble (planche XVI B), nous trouvons les résultats suivants :

1° *L'azote total* atteint son maximum dans la septième période de quatre jours.

2° L'*urée* dans les deuxième et sixième.

3° Le *rapport azoturique* dans les première, deuxième et quatrième.

4° Les *matières incomplètement oxydées* dans la septième.

5° Le *volume* des urines dans la septième.

6° La *densité* dans la quatrième période de quatre jours avant le jour de l'accouchement.

Pendant que l'*azote total*, *les matières azotées incomplètement oxydées* et le *volume* des urines atteignent leur maximum dans la septième période avant l'accouchement et *diminuent* lentement à partir de cette période jusqu'au moment de l'accouchement, en montrant toutefois des oscillations, l'*urée* reste presque stationnaire : ses deux maximum se trouvant dans la deuxième et la sixième période avant l'accouchement.

Le *rapport azoturique* atteint par conséquent, à partir de la quatrième période avant l'accouchement, son *maximum* (85,9 p. 100) ; il dépasse donc la moyenne totale qui est, dans l'*état puerpéral*, de 84,7 p. 100 et atteint ou dépasse même un peu au moment de l'accouchement (86,4 p. 100) la moyenne du taux de *l'état de vacuité* (86,0 p. 100).

Le fait que les urines, malgré que l'alimentation des femmes était pendant toute l'observation la même, diminuent lentement dans le dernier mois de la grossesse jusqu'au moment de l'accouchement sans que leur densité augmente notablement, que l'azote total diminue, tandis que l'urée reste à peu près stationnaire, prouve qu'il y a diminution des éléments solides et précisément des matières azotées incomplètement oxydées, phénomène qui doit être attribué à une insuffisance hépatique ou rénale. Il est à remarquer cependant que d'après les obser-

vations de M. Potocki, la perméabilité du rein demeure normale chez les femmes enceintes.

Donc cette diminution tout à la fois relative et absolue dans le rendement des matières azotées incomplètement brûlées, toxiques et difficiles à éliminer, et du volume des urines, ne peut être que la conséquence d'une insuffisance hépatique (le foie ne fabrique pas assez d'urée) ou d'une rétention par suite d'une insuffisance rénale.

Une augmentation dans l'assimilation du fœtus qui, par suite d'un développement plus intense dans le dernier mois de sa vie intra-utérine, retient plus de matériaux azotés, pourrait aussi être une des causes de la diminution des échanges de la mère.

Dans le cas VII, où l'enfant est mort-né, nous constatons durant le temps *préparturiant* une forte diminution de l'urée et du rapport azoturique, ce qui prouve bien que l'augmentation de ces deux facteurs doit être attribuée, en partie du moins, à la nutrition du fœtus.

Quoi qu'il en soit, il se produit dans la *période de l'accouchement*, et surtout le *jour de l'accouchement*, une *diminution* très considérable non seulement du *volume* des urines, mais aussi de l'*azote total* et de l'*urée;* le *rapport azoturique* seul reste *très élevé* ou *augmente* même.

Après l'*accouchement*, surtout dans la *période post-parturiante*, nous voyons une augmentation rapide du *volume* des urines, de l'*urée* et surtout de l'*azote total* et des *matières incomplètement oxydées*, tandis que le *rapport azoturique tombe* jusqu'à la fin de l'observation. Nous avons donc après l'accouchement une sorte de *crise polyurique* et *azoturique* qui annonce le *retour* vers *la nutrition normale* de la femme en état de vacuité.

Si nous comparons la *courbe idéale* de la nutrition de la *femme enceinte* avec la *courbe idéale* de la nutrition dans l'*état de vacuité*, nous sommes étonnés de les voir presque identiquement *pareilles*.

L'*azote total* et l'*urée* atteignent leur maximum dans la période *préparturiante* ou *prémenstruelle*, le *coefficient azoturique* ne l'atteint que dans la période *parturiante* ou *menstruelle*.

Le *volume des urines diminue* lentement à partir de la cinquième à quatrième période avant l'accouchement ou avant la menstruation.

La *période parturiante* accuse donc comme *la menstruation une diminution de tous les éléments* de l'urine.

La *menstruation* et *l'accouchement marquent donc la même époque dans le mouvement de la nutrition : l'une et l'autre se produisent au moment précis où la nutrition est arrivée au summum de son intensité.*

C'est vers ce moment que se concentrent les forces vitales de la femme.

Comme nous avons pu le constater dans notre travail sur la menstruation, la *nutrition de la femme non enceinte* se développe d'une *manière périodique et rhytmique :* nous *pouvons prouver aujourd'hui que cette périodicité et ce rythme dans le processus vital se retrouvent aussi pendant la grossesse.*

La loi de cette onde, découverte par *Godmann* et appuyée par les travaux de Rabuteau, Stephenson, Putnam Jacobi, Reinl et H. Keller pour l'état de vacuité, est maintenant aussi *prouvée* pour *l'état puerpéral.* Elle régit probablement toute la vie de la femme.

Si nous comparons le taux des différents éléments de l'urine que nous avons constaté dans notre travail sur la menstruation avec celui que nous avons trouvé dans le travail présent et que d'autres expérimentateurs ont donné pour la femme normale, nous constatons que le *volume des urines*, *l'azote total*, *l'urée* et le *rapport azoturique sont nettement diminués.*

Cette observation est moins importante pour le volume des urines, pour la quantité absolue de l'azote total et de l'urée excrétée, qui dépendent surtout de l'alimentation, que pour le *rapport azoturique* qui est en relation intime avec les phénomènes de désassimilation, et qui donne la proportion de l'azote transformé en urée.

M. le Dr Moreigne, dont nous avons adopté le mode de doser l'urée et l'azote total, trouve chez l'homme normal en moyenne un *rapport azoturique* de 91 p. 100 pour l'urine déféquée. Mes

recherches sur l'homme normal donnent des chiffres variant de 86-91 p. 100 et la moyenne de 185 jours observés chez la femme non enceinte, chloro-anémique est de 86 p. 100.

Or, nous trouvons en moyenne chez 12 femmes enceintes observées pendant 402 jours, *un rapport azoturique de 84,7 p. 100, chiffre notablement inférieur* à celui trouvé chez l'homme normal et même inférieur à celui trouvé chez la femme non enceinte chloro-anémique.

Nous nous trouvons en présence d'un ralentissement de la nutrition dans l'état puerpéral.

Mais il nous est bien permis de comparer les chiffres absolus du volume des urines, de l'azote total et de l'urée que nous avons trouvés dans l'état puerpéral avec les chiffres trouvés dans l'état de vacuité, puisque l'alimentation était dans les deux expériences à peu près la même.

Nous constatons dans l'état de puerpéralité une *diminution absolue* et notable du *volume des urines* de *l'azote total, de l'urée* et du rapport azoturique.

Cette diminution est surtout grande avant le dernier mois de la grossesse.

C'est seulement à *partir de ce temps* — le 32-28e jour avant l'accouchement — que *commence à se relever* le taux de toutes les valeurs, l'alimentation restant naturellement toujours la même.

VII. — Conclusions.

1° L'*état puerpéral* est caractérisé par un *ralentissement de la nutrition*.

2° Le *mouvement périodique et rhytmique*, qui domine la vie de la femme et auquel est aussi subordonnée sa nutrition dans l'état de *vacuité*, persiste pendant la *grossesse*.

3° La *période de l'accouchement* (le jour de la délivrance et les quatre jours précédents) *correspond*, dans l'état de vacuité, à la *menstruation*.

Cette période est caractérisée par le *maximum* du coefficient d'oxydation ou *rapport azoturique*, et par une *diminution* très grande du *volume* des urines, de l'*azote total* et de l'*urée*.

Le jour de l'accouchement même marque partout les chiffres les plus extrêmes : maximum du rapport azoturique, minimum des autres valeurs.

L'azote total et l'urée atteignent leur maximum dans la période précédente : la *période préparturiante correspond* à la *période prémenstruelle*.

L'*accouchement*, *comme la menstruation*, indique le commencement du mouvement descendant si on se figure le *mouvement périodique de la nutrition sous forme d'une onde ou courbe.*

4° Le *ralentissement de la nutrition* et l'*amoindrissement de l'énergie comburante*, qui caractérisent l'état puerpéral, montrent que cet état intéresse et incommode surtout le *foie*. Son fonctionnement devient facilement insuffisant.

5° Le *ralentissement de la nutrition* est *plus marqué* chez les *multipares* que chez les *primipares*.

6° L'*insuffisance hépatique* et le *ralentissement de la nutrition* n'amènent pas seulement l'obésité si fréquente pendant et après la grossesse, et d'autres troubles ; mais ils rendent la femme enceinte moins résistante contre des influences morbides.

Une fois l'*insuffisance hépatique établie*, d'autres organes commencent à souffrir : *le rein fléchit à son tour*.

Il en résulte de simples troubles fonctionnels, ou même des altérations histologiques des organes.

(Voyez le cas n° I : insuffisance hépatique, refroidissement, insuffisance rénale, septicémie, issue mortelle.)

7° Il faut donc, au moyen d'*analyses* des urines (dosages très exacts de l'*urée* et de l'*azote total* et d'autres corps, et fixation du *rapport azoturique*), surveiller le foie et en assurer le fonctionnement normal.

8° Le *repos*, le *régime lacté*, la *boisson* d'eaux ou de tisanes facilitent l'élimination des matières toxiques et diminuent leur formation.

9° Les résultats de ce travail, et les conclusions qui en résultent, apportent une nouvelle preuve en faveur de la *théorie de l'hépatotoxémie gravidique* de M. Pinard.

1898, n° I.

Tableaux des moyennes de 4 jours.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII ACCOUCHEMENT	VII+VIII	IX	X	MOYENNE TOTALE DES 36 JOURS
Volume des urines en c. c.	1953	2057	2195	1470	1340	1267	470	200	476	1137	1172	1326
Densité..............	1014.3	1012.0	1011.0	1016.7	1017.3	1015.0	1017.2	1020.0	1018.0	1015.3	1018.2	1015.0
Urée..................	18.27	17.78	18.64	18.86	18.39	19.37	9.68	5.12	8.78	19.91	17.14	16 32
Azote de l'urée...........	8.504	8.263	8.644	8.765	8.546	9.001	4.499	2.381	4.076	9.256	7.964	7.582
Azote total.............	12.338	11.871	10.528	10.298	9.995	10.596	5.181	2.658	4.676	10.832	9.942	9.424
Coefficient azoturique....	69.4	69.6	82.0	85.3	85.5	84.9	87.2	89.6	87.7	85.0	80.0	81.8

1898, n° II.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V ACCOUCHEMENT	VI	VII	MOYENNE TOTALE DES 26 JOURS
Volume des urines en c. c.	1735	1845	2235	2172	—	1940	2057	1997
Densité	1013.0	1012.7	1011.2	1011.0	—	1013.2	1011.5	1012.1
Urée	26.61	25.22	21.51	18.36	—	21.23	21.63	22.43
Azote de l'urée..............	12.351	11.719	9.996	8.534	—	9.866	10.051	10.420
Azote total	14.316	14.156	12.924	10.518	—	12.161	12.254	12.713
Coefficient azoturique	86.2	84.6	77.4	81.1	—	81.2	81.8	82.0

1898, n° III.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI ACCOUCHEMENT	V + VI	VII	VIII	MOYENNE TOTALE DES 30 JOURS
Volume des urines en c.c.	1782	1540	1665	1260	1165	760	1084	1180	1220	1334
Densité................	1016.2	1020.2	1017.2	1020.2	1020.5	1023.0	1021.0	1020.2	1019.7	1019.6
Urée..................	22.01	23.57	25.04	21.45	21.60	18.19	20.92	21.48	21.41	21.82
Azote de l'urée.........	10.275	11.207	11.636	9.964	10.039	8.452	9.721	9.984	9.948	10.188
Azote total.............	12.716	12.949	13.864	11.799	11.506	9.858	11.176	11.777	11.593	12.008
Coefficient azoturique...	80.8	84.7	83.9	84.3	87.6	85.7	87.0	84.6	86.1	84.7

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI ACCOUCHEMENT	X + XI	XII	MOYENNE TOTALE DES 43 JOURS
Volume des urines en c.c...	980	1352	1070	1335	1595	1532	1342	1462	1635	1357	600	1206	1360	1302
Densité........	1016.7	1015.5	1018.2	1019.5	1020.0	1021.7	1020.7	1019.5	1017.5	1019.2	1025.0	1020.0	1019.0	1019.4
Urée..........	13.29	12.78	11.14	17.83	18.70	20.59	21.13	18.84	19.36	16.98	7.76	15.14	22.59	16.75
Azote de l'urée.	6.176	5.938	5.178	8.284	8.693	9.570	9.830	8.754	8.998	7.893	3.607	7.036	10.500	7.785
Azote total....	7.659	7.787	6.751	10.301	10.957	11.752	11.931	10.731	11.178	9.922	4.434	8.824	12.616	9.651
Coefficient azoturique.....	80.3	76.0	76.9	80.4	79.1	81.3	82.3	81.4	80.4	79.6	81.3	80.0	82.8	80.1

1898, n° V.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI ACCOUCHEMENT	VII	VIII	MOYENNE TOTAL. DES 28 JOURS
Volume des urines. en c. c.	1535	1367	1425	1830	1690	—	1040	1466	1479
Densité	1013.7	1017.5	1014.7	1014.0	1014.0	—	1018.7	1018.0	1015.9
Urée	20.49	22.03	19.88	22.21	18.82	—	18.02	25.59	21.01
Azote de l'urée	9.536	10.237	9.239	10.335	8.746	—	8.377	11.888	9.766
Azote total	11.158	11.901	10.960	12.421	10.485	—	9.817	13.327	11.436
Coefficient azoturique	85.7	85.9	84.7	83.3	84.3	—	84.8	89.1	85.4

1899, nº VI.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	V
Volume des urines en c. c.	1315	1275	1672	1932	1432	1565	22
Densité	1018.2	1013.7	1016.0	1014.2	1021.2	1014.0	101
Urée	19.79	14.63	18.37	21.87	24.97	20.19	25
Azote de l'urée	9.199	6.804	8.540	10.176	11.605	9.399	11.
Azote total	10.219	7.655	10.046	12.187	13.470	11.331	14.
Coefficient azoturique	90.0	89.3	85.4	83.5	86.0	83.1	82

VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV ACCOUCHEMENT	XIII + XIV	XV	MOYENNE TOTALE DE 67 JOURS
502	1670	2020	2040	1467	1907	420	1610	1222	1579
16.2	1015.5	1012.7	1012.0	1014.5	1011.0	1020.0	1013.0	1015.5	1015.2
.78	22.31	21.31	21.48	22.02	18.94	6.62	16.48	25.91	20.50
.040	10.397	9.903	10.013	10.234	8.803	3.079	7.658	12.037	9.531
.691	12.499	11.902	12.192	11.759	10.198	3.357	8.830	13.451	11.150
.1	84.8	83.7	82.0	87.0	86.3	91.7	87.4	89.5	86.1

1899, nº VII.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X ACCOUCHEMENT	IX+X	XI	XII	MOYENNE TOTALE DES 14 JOURS
Volume des urines en c.c ..	880	1385	1370	865	882	787	947	842	787	550	720	1275	1340	992
Densité.......	1023.2	1019.5	1019.5	1031.2	1027.0	1032.0	1025.7	1027.2	1028.7	1016.0	1026.0	1014.7	1014.0	1023.1
Urée..........	14.22	21.14	22.66	23.91	21.25	24.37	19.93	23.37	21.13	10.04	18.91	18.61	20.34	20.08
Azote de l'urée.	6.608	9.825	10.497	11.111	9.876	11.326	9.262	10.924	9.819	4.666	8.788	8.652	9.452	9.335
Azote total....	7.312	10.942	12.093	12.538	11.208	12.560	10.479	12.089	11.116	5.640	10.021	10.643	11.156	10.631
Coefficient azoturique.....	90.5	89.9	87.1	88.4	88.1	90.2	88.5	89.9	88.3	82.7	87.2	83.0	84.7	87.6

1900, nº VIII.

PÉRIODES	I	II	III	IV ACCOUCHEMENT	V	VI	MOYENNE TOTALE DES 20 JOURS
Volume des urines en c.c ..	1590	2025	1695	—	1190	965	1493
Densité....................	1012.7	1011.7	1014.0	—	1017.0	1019.0	1015.3
Urée......................	18.12	18.43	19.74	—	18.03	16.27	18.12
Azote de l'urée.............	8.423	8.565	9.173	—	8.381	7.763	8.461
Azote total..	9.826	10.403	10.734	—	10.122	8.781	9.973
Coefficient azoturique.......	85.8	82. 4	84.6	—	85.4	85.7	84.8

1900, n° IX.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI ACCOUCHEMENT	VII	VIII	MOYENNE TOTALE DES 27 JOURS
Volume des urines en c. c.	1160	1182	1140	1187	1545	—	930	1160	1186
Densité	1027.5	1025.0	1027.0	1024.7	1022.0	—	1025.0	1020.0	1024.4
Urée	27.36	26.58	26.73	23.14	28.06	—	17.07	20.05	24.14
Azote de l'urée	12.420	12.356	12.422	10.754	13.041	—	7.934	9.321	11.178
Azote total	14.532	13.941	13.694	12.325	14.944	—	9.457	10.550	12.777
Coefficient azoturique	85.6	88.8	90.5	87.3	87.4	—	85.8	88.5	87.7

1900, n° X.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII ACCOUCHEMENT	VII+VIII	IX	X	MOYENNE TOTALE DES 37 JOURS
Volume des urines en c.c.	1187	1177	975	1192	1107	1042	790	640	760	1572	1552	1123
Densité................	1023.0	1023.0	1025.5	1023.0	1022.0	1024.0	1028.0	1024.0	1027.4	1011.0	1015.5	1021.9
Urée....................	22.83	23.73	20.15	21.85	22.67	24.73	21.49	13.46	19.88	14.81	20.98	20.67
Azote de l'urée...........	10.611	11.031	9.377	10.156	10.533	11.495	9.990	6.258	9.242	6.884	9.751	9.608
Azote total..............	12.589	12.924	11.161	11.564	12.413	13.142	11.479	7.202	10.624	8.320	11.655	11.245
Coefficient azoturique....	84.3	85.3	84.1	87.8	86.1	87.3	87.0	86.9	87.0	79.8	83.7	85.2

1900, n° XI.

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	VII ACCOUCHEMENT	VI + VII	VIII	IX	X	MOYENNE TOTALE DES 34 JOURS
Volume des urines en c.c.	1860	1895	1785	1960	2230	1500	250	1250	950	1222	1283	1493
Densité	1011.0	1012.0	1010.5	1013.0	1011.0	1013.0	1020.0	1015.0	1018.0	1015.0	1016.0	1013.9
Urée	17.49	20 07	18.88	24.09	25.67	19.89	5.45	17.01	20.66	19.38	26.36	19.79
Azote de l'urée	8.129	9.277	8.774	11.190	11.935	9.245	2.531	7.902	9.606	9.008	12.382	9.208
Azote total	9.806	11.240	10.504	12.824	13.880	10.868	2.990	9.293	11.045	10.153	13.690	10.700
Coefficient azoturique	82.9	82.8	83.8	87.4	85.9	84.9	84.6	84.8	86.9	88.8	90.3	85.8

PÉRIODES	Volume des urines en c. c.	Densité	Urée	Azote de l'urée	Azote total	Coefficient azoturique
I	1683	1011.0	18.79	8.743	10.299	85.1
II	1610	1011.0	24.62	11.595	13.531	85.7
III	1125	1012.0	20.00	9.297	10.817	86.2
IV ACCOUCHEMENT	1160	1007.0	9.52	4.428	5.581	79.3
III+IV	1132	1010.7	17.91	8.323	9.770	84.9
V	812	1027.0	21.09	9.752	11.449	85.5
VI	1007	1021.0	18.32	8.515	9.887	85.9
VII	1000	1017.0	18.53	8.611	9.902	86.9
MOYENNE TOTALE DES 20 JOURS	1199	1015.0	18.69	8.706	10.209	84.9

1900, n° XIII (Vomissement). — 1900, n° XIV (Ictère).

PÉRIODES	I	II	III	IV	V	VI	MOYENNE TOTALE DES 24 JOURS	I	II	III	IV	MOYENNE TOTALE DES 16 JOURS
Volume des urines en c. c.	570	270	655	775	1125	1107	750	1010	1037	965	1382	1023
Densité	1018.3	1017.7	1009.5	1009.7	1010.7	1013.0	1013.1	1009.0	1010.0	1013.0	1010.2	1010.5
Urée	9.30	7.25	8.17	8.08	8.75	9.29	8.47	10.70	9.51	8.63	10.31	9.79
Azote de l'urée	4.323	3.369	3.799	3.756	4.064	4.318	4.605	4.973	4.420	3.988	4.793	4.543
Azote total	5.039	3.944	4.591	4.568	5.229	5.521	4.815	5.900	5.434	5.069	6.058	5.615
Coefficient azoturique	85.7	85.5	82.1	82.3	77.7	78.2	81.9	84.4	81.3	79.1	79.1	81.0
Régime lacté	Eau stérilisée 1 1/2 litre.	Lait 2 litres eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Potage Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Potage Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Potage Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Potage Eau de Vichy 1/2 bout.		Lait 2 litres Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Eau de Vichy 1/2 bout.	Lait 2 litres Eau de Vichy 1/2 bout.	

Tableau comparatif des moyennes totales de la femme enceinte et de la femme non enceinte.

N° XVIII.

	VOLUME DES URINES EN CC.	DENSITÉ	URÉE	AZOTE DE L'URÉE	AZOTE TOTAL	COEFFICIENT AZOTURIQUE.
Moyennes dans l'état puerpéral des 12 cas.......	1375	1017.6	20.02	9.314	10.991	84.7
Moyennes dans l'état puerpéral des 5 cas (nos I, IV, VI, VII et X)...........................	1366	1019.9	20.68	9.611	11.441	84.1
Moyennes dans l'état de vacuité................	1551	1017.3	24.47	11.351	13.232	86.0
Augmentation (+) ou diminution (—) dans l'état puerpéral des 5 cas..........................	— 11.3%	+ 0.25%	— 15.4%	— 15.4%	— 13.5%	— 2.3%
Augmentation (+) ou diminution (—) dans l'état puerpéral des 12 cas........................	— 11.3%	»	— 18.0%	— 18.0%	— 16.9%	— 1.5%
Moyennes dans l'état puerpéral des femmes normales (8 cas)...............................	1311	1019.3	20.38	9.481	11.109	85.2
Moyennes dans l'état puerpéral des femmes souffrantes (4 cas I, II, XI et XII)................	1504	1014.0	19.31	8.979	10.761	83.6

N° XV. **Moyenn**

NUMÉROS	VOLUME DES URINES	DENSITÉ	URÉE	AZOTE DE L'URÉE	AZOTE TOTAL	COEFFICIENT AZOTURIQUE	COEFFICIENT AZOTURIQUE DU JOUR DE L'ACCOUCHEMENT	JOUR DE L'OBSERVATION	ENTRÉE	COMMENCEMENT DE L'OBSERVATION	DATE DE L'ACCOUCHEMENT
I	1525	1015.[illegible]	16.[illegible]	7.5[illegible]	9.424	81.[illegible]	8[illegible].6	35 j.	27 XII	27 I	1898 21
II	1997	1012.1	22.43	10.429	12.715	82.0	»	26 j.	22 I	31 I	1898 17
III	1334	1019.6	21.82	10.188	12.0[illegible]	84.7	85.7	30 j.	31 I	18 II	1898 11
IV	1302	1019.4	16.75	7.785	9.651	80.1	81 3	43 j.	16 II	24 II	1898 7
V	1479	1015.9	21.01	9.766	11.436	85.4	»	28 j.	20 II	24 II	1898 7
VI	1579	1015.2	20.50	9.531	11.150	86.1	91.7	57 j.	10 XII	5 II	1899 1
VII	992	1023.1	20.08	9.335	10.631	87.6	82.7	44 j.	10 II	10 II	1899 18
VIII	1493	1015.3	18.12	8.461	9.973	84.8	»	20 j.	23 I	9 II	1900 22
IX	1186	1024.4	24.14	11.178	12.777	87.7	»	27 j.	6 I	9 II	1900 1
X	1123	1021.9	20.67	9.608	11.245	85.2	86.9	37 j.	22 II	8 III	1900 7
XI	1493	1013.9	19.79	9.208	10.700	85.8	84.6	34 j.	17 II	21 II	1900 1
XII	1199	1015.0	18.69	8.706	10.209	84.9	79.3	20 j	23 III	23 III	1900 7

La moyenne des 12 cas par jour.

1375	1017.6	20.02	9.314	10.999	84.7	85.2

...ales des 12 cas.

[illegible]	AGE	MALADIE	TRAITEMENT	DERNIÈRE MENSTRUATION	SEXE DE L'ENFANT	LONGUEUR	POIDS	OBSERVATIONS
	ans					cent.	gr.	
P.	28	Anémie. Albuminurie. Infection puerpérale. † 4 III 1898.	Injections sérum de Marmorek.	2 VI 1897	I fille. II fille.	45 47	2.250 2.500	
P.	36	Albuminurie.	Régime lacté.	....	Fille.	48	3.370	
P.	32	....	....	30 V 1897	Garçon.	45	2.550	
P.	18	....	....	12-19 VI 1897	Garçon.	50	3.260	
P.	32	....	....	Enceinte en nourrissant.	Garçon.	52	4.000	
P.	24	....	....	10 II 1898	Fille.	49	2.800	
P.	26	....	....	20 V 1898	Garçon.	41	1.990	Enfant mort-né
P.	19	....	....	Fin VI 1899	Fille.	48	3.220	
P.	20	Glycosurie.........	....	21-25 V 1899	Garçon.	49	3.150	
P.	24	Urines très colorées.	....	22-28 VI 1899	Garçon.	51	3.750	
P.	23	Urines très colorées. Albuminurie. Hydramnios.	1 litre de lait par jour.	VI 1899	Garçon.	47	2.480	Mort.
P.	24	Attaques nerveuses. Urines très colorées.	Régime lacté.	22-28 VI 1899	Garçon.	49	3.54[illegible]	

Tableau du mouvemen

N° XVII. Moyennes des périodes de 4 jours che

PÉRIODES	I	II	III	IV
				I. — Femm La moyenne d
Volume des urines en c. c.	1620	1439	1451	1362
Densité	1018.0	1020.5	1020.1	1021.0
Urée	21.38	21.58	20.59	21.50
Azote de l'urée	9.931	10.027	9.573	9.996
Azote total	12 321	12.196	11.429	11.651
Coefficient azoturique 0/0	80.7	82.2	84.1	89.5
				II. — Femm La moyenne d
Volume des urines en c. c.		1666	1785	1824
Densité		1017.5	1014.7	1015.8
Urée		24.13	24.03	24.89
Azote de l'urée		11.243	11.177	11.579
Azote total		13.822	12.955	13.182
Coefficient azoturique 0/0		82.3	86.3	87.3

périodique de la nutrition

la femme enceinte et non enceinte.

V	VI	VII PÉRIODE AVANT L'ACCOUCHEMENT	VIII JOUR DE L'ACCOUCHEMENT	VII + VIII PÉRIODE DE L'ACCOUCHEMENT	IX	X
ENCEINTES						
cas I, IV, VI, VII, X.						
1379	1251	1062	482	954	1.313	1.354
1019.3	1019.6	1020.8	1021.0	1020.9	1015.1	1014.2
20.26	21.77	17.04	8.60	15.84	20.36	19.49
9.421	10.130	8.201	3.998	7.360	9.466	9.056
11.162	11.753	9.579	4.658	8.595	11.172	10.918
84.7	85.9	85.7	86.4	85.9	84.0	82.8
NON ENCEINTES.				PÉRIODE DE LA MENSTRUATION		
cas I. II, IV, V.						
1695	1712			1656	1531	1873
1015.6	1015.0			1016.2	1015.9	1011.7
24.19	27.00			26.12	23.39	24.57
11.157	12.535			12.139	10.824	11.549
12.858	14.427			13.444	12.329	13.7.6
86.4	88.4			90.0	88.0	84.5

Tableau comparatif des résultat

Les moyennes des quatre dernières périod

N° XIX.

LES QUATRE PÉRIODES AVANT L'ACCOUCHEMENT	MOYENNE DES MULTIPARES							
	Keller (4 cas)				Zacharjewski (5 cas)			
	Volume en cc.	Urée	Azote total	Coef. azotur.	Volume	Urée	Azote total	Coef. azo
I	1524	22.50	12.172	85.8 %	1.428	24.65	13.190	»
II	1573	20.57	11.352	84.9 %	1.624	31.92	15.473	»
III	1735	21.93	12.368	82 8 %	1.479	29.67	15.591	
IV	1364	16.71	9.250	84.7%	1 413	38.30	16.814	»
Moyenne	1551	20.29	11.226	84.5 %	1.471	32.32	15.748	»

* Un jour seulement.

de Zacharjewski et Keller.

de quatre jours avant l'accouchement.

MOYENNE DES PRIMIPARES							
KELLER (8 cas)				ZACHARJEWSKY (8 cas)			
Volume en cc.	Urée	Azote total	Coeff.azotur.	Volume	Urée	Azote total	Coeff.azotur.
1407	22.53	12.193	85.8 %	900*	22.75*	13.426*	»*
1489	22.11	12.003	85.7 %	822	28.45	14.581	»
1461	22.27	12.072	85.6 %	1.047	29.24	14.899	»
1343	20.98	11.346	85.7 %	1.150	26.46	13 527	»
1426	21.95	11.894	85.7 %	1.000	27.44	14.095	»

Tableau comparatif des résultat

Les moyennes des quatre dernières périod

N° XIX.

LES QUATRE PÉRIODES AVANT L'ACCOUCHEMENT	MOYENNE DES MULTIPARES							
	KELLER (4 cas)				ZACHARJEWSKI (5 cas)			
	Volume en cc.	Urée	Azote total	Coeff. azotur.	Volume	Urée	Azote total	Coeff. azo
I	1524	22.50	12.172	85.8 %	1.428	24.65	13.190	»
II	1573	20.57	11.352	84.9 %	1.624	31.92	15.473	»
III	1735	21.93	12.368	82 8 %	1.479	29.67	15.591	»
IV	1364	16.71	9.250	84.7 %	1 413	38.30	16.814	»
Moyenne	1551	20.29	11.226	84.5 %	1.471	32.32	15.748	»

* Un jour seulement.

le **Zacharjewski et Keller**.
le quatre jours avant l'accouchement.

MOYENNE DES PRIMIPARES							
KELLER (8 cas)				ZACHARJEWSKY (8 cas)			
Volume en cc.	Urée	Azote total	Coeff. azotur.	Volume	Urée	Azote total	Coeff. azotur.
1407	22.53	12.193	85.8 %	900*	22.75*	13.426*	»*
1489	22.11	12.003	85.7 %	822	28.45	14.581	»
1461	22.27	12.072	85.6 %	1.047	29.24	14.899	»
1343	20.98	11.346	85.7 %	1.150	26.46	13 527	»
1426	21.95	11.894	85.7 %	1.000	27.44	14.095	»

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 mars 1901.

MM. Lepage et Grosse. — **Luxation congénitale de la hanche droite chez un nouveau-né atteint de malformations multiples.** — Il s'agit d'un enfant du sexe masculin, né spontanément en présentation du siège décomplété mode des fesses.

Il pesait, à la naissance, 1,960 gr.; le placenta pesait 275 gr. Cet enfant mourut le 14e jour. Il présentait des malformations multiples.

Les unes, comme la luxation de la hanche, la division du voile du palais et l'ectopie testiculaire, résultent d'un arrêt de développement, tandis que les autres, incurvation des fémurs et déviation des pieds, semblent dues, au contraire, à une attitude vicieuse des membres dans la cavité utérine.

Le diagnostic de la luxation congénitale a été fait le lendemain de la naissance; le fait est rare, car habituellement c'est seulement lorsque l'enfant commence à marcher que la claudication attire l'attention sur l'état de la hanche. C'est qu'en effet la luxation congénitale de la hanche n'est pas une luxation, au sens précis du mot. Ce qui existe à la naissance, c'est non un déplacement de la tête fémorale, mais une anomalie de l'articulation qui consiste en ce que la tête fémorale n'est pas emboîtée dans une cavité, mais placée en face d'une ébauche de cavité. Sous l'influence de la marche, de la station debout, la tête remonte dans la fosse iliaque : d'où résulte ce raccourcissement progressif qui augmente avec les années et qui montre bien que la difformité, préparée par la malformation articulaire, se constitue et s'exagère par la marche et la station debout. Lorsque la luxation est reconnue à la naissance, c'est presque toujours la différence d'attitude, de longueur ou de volume existant entre les deux membres inférieurs qui met sur la voie du diagnostic.

Sur la pièce, on constate que la cavité cotyloïde est à peine ébauchée, que la tête fémorale est atrophiée et déformée ; il y a, de plus, absence

de col, longueur exagérée du ligament rond, enfin un très léger degré d'atrophie de toute la portion de l'os iliaque voisine de la cavité cotyloïde et de l'aileron du sacrum du même côté.

Par suite de ces déformations, le bassin est un peu asymétrique; il est aplati du côté malade; le diamètre oblique du côté malade est diminué de longueur. Cet aplatissement du bassin, du côté de la luxation, est l'inverse de ce qu'on observe habituellement chez une femme adulte atteinte de luxation unilatérale; chez elle, le bassin est aplati du côté sain, à moins qu'il n'y ait en même temps synostose de l'articulation sacro-iliaque de ce côté. H. Varnier a appelé l'attention sur l'importance de cette coexistence au point de vue de la dystocie dans ces bassins.

La déformation remarquée chez la femme adulte est une déformation secondaire acquise par la marche qui corrige la première déformation au point de rester la seule déformation apparente. Au contraire, le bassin du nouveau-né, encore vierge de déformations secondaires, présente un aplatissement de la ligne innominée du côté malade, tandis que l'ischion du même côté est reporté en dehors et que la symphyse est déviée du côté sain.

On ne saurait invoquer comme pathogénie de cette luxation ni le traumatisme obstétrical, ni l'attitude vicieuse du fœtus dans la cavité utérine, car l'accouchement fut spontané et, d'autre part, la lésion était unilatérale, les deux membres inférieurs étant situés symétriquement. Il s'agit d'un arrêt de développement.

L'incurvation des fémurs et la déviation des pieds en adduction par le pivotement de l'astragale, correspondant à la position des membres inférieurs dans les derniers temps de la grossesse, sont au contraire la conséquence de l'attitude du fœtus pendant la vie intra-utérine.

M. Quénu. — Il serait utile dans des cas semblables de disséquer les muscles et d'examiner les centres nerveux.

M. Pinard. — Je ferai remarquer que la luxation vraiment congénitale est observée à la naissance, comme ici, chez des enfants qui présentent d'autres malformations. Nous attendons encore le fœtus bien conformé par ailleurs, n'ayant qu'une luxation de la hanche.

Il serait, à coup sûr, intéressant d'examiner la moelle. Peut-être y trouverait-on le pourquoi de la lésion qui nous occupe.

M. Lepage a fait pendant la vie le diagnostic par l'attitude du membre inférieur. J'ai vu, par contre, beaucoup d'enfants chez qui on

a reconnu plus tard des luxations de la hanche, et chez qui, à la naissance, il n'y avait rien qui attirât l'attention.

M. Porak. — J'ai observé 3 cas de luxation dite congénitale de la hanche, et ils confirment ce que vient de dire M. Pinard. Dans le premier, il s'agissait d'une petite fille née à terme, présentant le sommet; ce n'est qu'un an plus tard, au moment où l'enfant commençait à marcher, qu'on s'aperçut que sa démarche était incertaine et anormale. Elle était atteinte d'une double luxation coxo-fémorale en haut et en arrière.

L'année dernière, j'ai eu l'occasion de revoir une petite fille qui était venue très normalement au monde en mars 1895, par le sommet et sans intervention obstétricale. Elle avait marché à la fin de sa première année. On avait pensé qu'il s'agissait d'atrophie musculaire du membre inférieur. On électrisa les muscles supposés malades pendant plusieurs années; au moment où je l'examinai, la luxation coxo-fémorale en haut et en arrière n'était pas douteuse.

Presque au même moment, je revis une petite fille qui était née en août 1898, par le sommet, à la suite d'une application de forceps. Elle avait deux ans et présentait la démarche caractéristique de la luxation coxo-fémorale double. A l'examen, le déplacement de la tête fémorale des deux côtés était si peu marqué que le diagnostic était difficile.

Ces deux dernières observations montrent que la luxation s'accuse avec le temps. Mais justement, puisqu'elle se produit à l'occasion de la marche, on n'est pas fondé à nier l'existence de lésions antérieures remontant même au moment de la naissance.

M. Kirmisson. — La pièce qui nous est présentée par M. Lepage offre un intérêt de premier ordre. Elle établit d'une façon incontestable l'existence des luxations congénitales au moment même de la naissance. De pareilles pièces constituent de véritables raretés. Elle est fort importante également au point de vue de la véritable signification qu'on doit attacher aux malformations de cet ordre. Il est facile, en effet, de voir sur cette pièce l'intégrité du cartilage en Y.

Ce qui, dans la pièce de M. Lepage, montre bien que la cavité cotyloïde n'est pas seule en jeu, c'est que l'atrophie porte sur tous les éléments constituants de l'articulation, tête et col fémoral, aussi bien que sur la cavité acétabulaire elle-même. Nous devons donc considérer la maladie comme une malformation primitive de l'articulation, et non l'assimiler aux luxations traumatiques.

C'est à tort qu'un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels Brodhurst

ont soutenu que les luxations congénitales de la hanche reconnaissaient pour cause les manœuvres faites par l'accoucheur, au cours d'un accouchement difficile, et spécialement pendant les accouchements par le siège. Il n'en est rien. Les accouchements par le siège ne sont pas plus fréquents parmi les enfants atteints de luxation congénitale que chez les nouveau-nés bien conformés. Le plus souvent, l'accouchement s'est fait par la tête, de la façon la plus normale et en dehors de toute intervention.

Si, du reste, il s'agissait ici d'une luxation traumatique, on constaterait tous les signes qu'il est habituel de rencontrer dans cette variété de déplacements, douleurs, gonflement, attitude vicieuse du membre. Dans l'immense majorité des cas, au contraire, on ne constate absolument rien à la naissance, rien jusqu'à ce que l'enfant ait fait ses premiers pas; et c'est toujours très tard, entre dix-huit mois et deux ans, qu'il a commencé à marcher. Ce qui existe au moment de la naissance, c'est donc une malformation de l'articulation coxo-fémorale, et non une véritable luxation; celle-ci se constitue peu à peu dans les années qui suivent la naissance, sous l'influence de la marche et du poids croissant de l'enfant. Cela est si vrai que si l'on pratique des mensurations sur les enfants atteints de luxation congénitale, on trouve souvent, chez les enfants de dix-huit mois à deux ans, comme valeur du raccourcissement, 1/2 à 1 centim.; plus tard, de trois à quatre ans, on trouve fréquemment 1 cent. 1/2 à 2 centim.; plus tard encore, 3, 4 et 5 centim. Cela montre bien que la luxation n'existe pas à la naissance, mais qu'elle se constitue et s'aggrave avec les années. Sous ce rapport, l'observation de M. Lepage se présente à nous comme une rare exception; car, dans ce cas particulier, se fondant sur l'attitude vicieuse du membre (flexion et adduction), l'auteur a pu faire le diagnostic au moment même de la naissance.

M. Quénu a fait remarquer avec juste raison une petite lacune qui existe dans l'observation de M. Lepage. On n'a pas examiné chez cet enfant la moelle, ni recherché l'état des muscles. Pour ce qui est de la moelle, le fait est regrettable : de tels examens seraient nécessaires pour vérifier ou infirmer l'hypothèse faite *a priori* par M. Lannelongue, qui place dans une lésion de la moelle la cause de la malformation coxo-fémorale. Pour ce qui est de l'examen histologique des muscles, le fait est moins regrettable; j'ai pratiqué, bon nombre de fois, l'examen histologique des muscles prélevés chez des malades que je soumettais à l'opération par la méthode sanglante. Ils étaient normaux.

Suite de la discussion sur la communication de M. Leguen (1) intitulée :

Hytérectomie abdominale pour cancer utérin au huitième mois de la grossesse.

M. Lepage apporte deux observations personnelles :

Obs. I. — L. H..., primipare, âgée de 26 ans, réglée irrégulièrement ; elle est mariée depuis un an. Les dernières règles datent de fin novembre 1894. Pendant la grossesse, cette femme a eu constamment des métrorrhagies, d'abord peu considérables, puis plus abondantes, accompagnées de douleurs abdominales avec irradiations dans les membres inférieurs. Amaigrissement considérable depuis le début de la grossesse ; perte de l'appétit depuis un mois. A son entrée (10 heures du soir), elle dit souffrir depuis 4 heures du matin. Le sommet se présente en O.I.G.A. Le fond de l'utérus remonte à 27 centim. au-dessus de la symphyse pubienne. Au toucher on sent sur la paroi latérale droite du vagin, cinq ou six masses dures, isolées les unes des autres, du volume de petites noisettes ; entre ces masses, la muqueuse est indurée et ulcérée. La lèvre antérieure du col est dure, bourgeonnante et augmentée de volume. A gauche, le col est dilaté comme une pièce de 1 franc. Diagnostic : cancer du col et du vagin. M. Lepage ne croit pas utile d'intervenir, étant donné que la portion gauche du col n'est point atteinte par le néoplasme et pourra peut-être se dilater, d'autant mieux que l'enfant n'est pas très développé.

Le lendemain, 16 septembre, à 6 heures du matin, la dilatation a peu progressé (2 francs), les douleurs sont très vives et les bruits du cœur sont moins nettement perçus. M. Lepage pratique l'opération de Porro à 9 heures du matin.

L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé après vingt minutes de respiration artificielle. Garçon de 1,940 gr., mesurant 48 centim. ; il meurt quarante-huit heures après sa naissance.

Les suites de l'opération ont été à peu près normales. Chute du pédicule le dix-septième jour. Quelques jours après, la plaie abdominale est cicatrisée à peu près complètement et la malade quitte le service, sur sa demande, le 12 octobre. Le néoplasme a progressé ; la paroi postérieure du vagin est presque complètement envahie. Cette malade a succombé quelques semaines après sa sortie de l'hôpital.

(1) Séance du 14 janvier 1901.

Cette observation montre qu'en cas de cancer non limité avec envahissement du vagin, l'opération de Porro peut donner de bons résultats. Cet enfant de 1,940 gr. était-il à terme, mais débile de par l'état général grave de la mère ? ou bien n'était-il pas à terme, en dépit des renseignements donnés par la mère sur ses dernières règles ? On ne saurait le dire. En tout cas, le cancer a évolué avec rapidité chez cette primipare de 26 ans.

Obs. II. — VIpare. Examen obstétrical à l'entrée. L'utérus mesure 34 centim. Présentation du sommet. Au toucher, col long, présentant en arrière sur la lèvre postérieure une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon; tumeur arrondie, à surface tomenteuse saignant au contact. La lèvre antérieure semble prise dans sa partie droite.

Premières douleurs le 25 septembre, à 6 heures du soir.

A 10 h. et demie du soir, la dilatation est grande comme une petite paume de main; léger écoulement sanguin au niveau de la vulve. La tumeur semble s'être aplatie ; au lieu d'un champignon, on trouve une frange sanguinolente qui présente, en certains points, de petites solutions de continuité. La dilatation porte surtout à gauche. A 11 h. et demie, les membranes sont rompues artificiellement. A 11 h. 45, accouchement spontané. A minuit, délivrance naturelle spontanée.

Le 10 octobre, à sa sortie, la lèvre postérieure du col est envahie par une tumeur bourgeonnante de la grosseur d'une grosse noix. Petite déchirure au niveau de la commissure droite; la lèvre antérieure du col est saine.

Suites de couches : écoulement lochial peu abondant, mais fétide; pas d'élévation de température. L'enfant, nourri au sein par sa mère, a augmenté de 160 gr. sur son poids de naissance.

Cette femme entre dans le service de M. Richelot, qui pratiqua l'hystérectomie vaginale, le 26 octobre. L'opération fut fort difficile à cause de l'extrême vascularité et de la friabilité du tissu utérin; il fallut laisser 23 pinces à demeure, après dissection d'un noyau de propagation vers la base du ligament large gauche. Les suites furent simples. Le 29 janvier 1896 il y avait, tout autour de la plaie rétrécie, un petit bourgeonnement très suspect.

M. Pozzi. — J'ai dit que, quand on peut le faire, il vaut mieux après la césarienne enlever tout l'utérus, car ce qu'on laisse avec le Porro est une cause certaine d'infection.

J'avoue qu'il y a des cas où il existe une contre-indication à l'extirpation totale : c'est lorsque les tissus sont tellement envahis qu'on ne

peut tout enlever sans risquer la vie de la malade du fait de l'opération. Naturellement quand en pareil cas je laisse un pédicule infecté, je le fais extérieur.

M. Pinard. — Dans mon service toutes les femmes atteintes de cancer du col traitées par le Porro ont survécu à l'opération. Elles sont mortes plus tard de leur cancer.

M. Legueu répond aux objections qui lui ont été présentées.

1° Le diagnostic de la grossesse pendant les trois premiers mois peut être difficile dans certains cas complexes où les pertes sanguines ou sanglantes rendent impossible la détermination des dernières règles; où l'utérus est volumineux, du fait d'une pyométrie par exemple.

2° Au point de vue du traitement, tout au début de la grossesse, alors que le diagnostic de grossesse n'est pas fait ou qu'il est hésitant, en présence d'un cancer limité et opérable, M. Legueu n'hésiterait pas à faire l'hystérectomie abdominale. Mais au delà du sixième mois M. Legueu, convaincu par les faits qu'ont apportés MM. Pinard, Varnier, que le danger de l'intervention pendant le travail vient de la prolongation du travail, est décidé à ne pas intervenir prématurément, mais au début du travail. Il fera suivre la césarienne de l'hystérectomie *totale* toutes les fois que le cancer est opérable. Le Porro, dans ces cas, serait irrationnel; il faut, après avoir sauvé l'enfant, donner à la mère le maximum de survie.

M. Quénu pense que la grossesse imprime aux néoplasmes, en particulier les sarcomes des os, les cancers du sein, un coup de fouet.

M. Pinard ne croit pas, d'après ce qu'il a vu, à l'influence de la grossesse sur la rapidité d'évolution des tumeurs.

M. Segond se range d'une façon générale à l'avis de MM. Pinard, Bouilly, Varnier et Champetier de Ribes; il faut, en l'état actuel de la chirurgie du cancer, prendre parti pour l'enfant. Quelles sont les exceptions à cette règle ?

Les indications de l'hystérectomie totale en cas de cancer sont limitées aux cas où le cancer est cantonné à l'utérus. Dans ces conditions la survie peut être assez longue pour donner l'illusion d'une guérison Aussi tout au début de la grossesse, alors que le diagnostic de la grossesse est incertain, devant un cancer très localisé, il faut opter pour l'hystérectomie immédiate. Plus tard il faudra attendre le début du travail pour extraire un enfant vivant. Après l'extraction de l'enfant, si le cancer est opérable, il faut faire l'hystérectomie abdominale totale, sinon, réduire au minimum l'intervention sur l'utérus lui-même.

MM. LEPAGE et SAINTON. — **Accouchement provoqué pour un cas de névrite périphérique alcoolique.**

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte pour la seconde fois. La première grossesse s'était terminée normalement, six ans auparavant, à la naissance d'une fille actuellement vivante. Les dernières règles dataient du commencement de janvier. La grossesse avait évolué normalement, sauf que des vomissements très intenses avaient existé au début, et que depuis le commencement de juillet la femme éprouvait une difficulté assez grande pour marcher, et des douleurs dans les reins et au niveau des membres inférieurs. Elle avait pris l'habitude de boire, pour lutter contre les troubles digestifs, de l'alcool en quantité considérable (jusqu'à un demi-litre de rhum par jour). Depuis le 10 août, la malade avait été obligée de s'aliter. Le 20 avril, son état était alarmant : pouls fréquent, presque incomptable ; température oscillant de 39° à 40° ; langue sèche, subdelirium, agitation assez marquée. La malade répondait d'une manière incohérente aux questions posées ; incontinence à peu près complète d'urine et incontinence partielle des matières fécales. De plus, phénomèmes de paralysie : la malade remue les membres inférieurs, mais ne peut détacher les talons du lit ; les pieds sont en extension sur la jambe. Les mains son inhabiles, en flexion sur l'avant-bras ; la malade ne peut boire seule ; amaigrissement très marqué des membres. Pas d'inégalité pupillaire, ni de strabisme. Pas d'albumine daus les urines. En un mot, la malade présente un aspect typhique très accusé ; mais ce qui prédomine, ce sont les troubles moteurs au niveau des extrémités ; l'utérus remonte à peine à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On continue le régime lacté auquel la malade est soumise depuis une dizaine de jours, mais qu'elle tolère mal. On fait le séro-diagnostic : il est négatif. M. Lepage décide d'interrompre la grossesse (23 août). Introduction d'un ballon Champetier dans l'utérus ; vingt-quatre heures après, expulsion d'un enfant vivant de 1,700 gr.

Le 28 août, elle est examinée par M. Sainton qui porte le diagnostic de polynévrite avec prédominance sur les membres inférieurs, légère atteinte des membres supérieurs, troubles de la respiration et du pouls, troubles psychiques assez marqués.

Le 9 septembre, l'agitation de la malade avait cessé ; elle prend deux litres de lait par jour. On commence le traitement de la névrite par les courants galvaniques, puis faradiques.

Le 2 décembre, l'atrophie des membres supérieurs a disparu; celle des membres inférieurs a diminué.

Le 5 janvier, elle peut se tenir debout, faire quelques pas en s'appuyant.

Le 6 février, elle marche, mais difficilement. En juillet, elle a recouvré sa motilité normale.

Quelle est l'étiologie de cette névrite? M. Lepage la croit sous la dépendance de l'alcoolisme avec prédispositions personnelles : antécédents héréditaires (oncle paralytique, mère alcoolique et diabétique), état de grossesse.

Quant à l'accouchement prématuré provoqué, il était indiqué par l'état extrêmement grave de la mère, permettant de prévoir la mort à brève échéance. Contre toute attente, l'enfant a survécu ; il vit encore actuellement.

A. Couvelaire,
interne des hôpitaux.

REVUE ANALYTIQUE

Contribution à l'étude de la névrite puerpérale (Beitrag zur Kenntniss der Neuritis puerperalis), par Ernst Mattiesen. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIII, Hft 1 et 2, p. 275.

A cause de la rareté de ces faits, l'auteur relate *in extenso* l'observation suivante :

Obs. — X..., 23 ans, mariée depuis deux ans. Rien de notable dans les antécédents familiaux ou personnels : pas d'alcoolisme, pas de maladie. Menstruation régulière, mais douloureuse. Début de grossesse en septembre 1899. Durant les six premières semaines, vomissements assez abondants le matin. Ils cessèrent ensuite. Durant toute la gestation, et particulièrement au cours des dernières semaines, crampes douloureuses au niveau des mollets. Pas d'œdème, pas d'autres malaises gravidiques. Le 26 juillet 1900, accouchement *spontané* d'un enfant *à terme*, bien vivant, qui se présentait en première position du sommet. La période d'expulsion avait duré plusieurs heures et s'accompagna de crampes fréquentes aux mollets. Délivrance longue, expression à la Credé. *Suites de couches* apyrétiques. La femme n'allaita pas. Durant les trois premiers jours, l'accouchée accusa beaucoup de raideur au

niveau des deux jambes, une grande difficulté à les mouvoir ; elles lui paraissaient *lourdes comme du plomb*. Les muscles étaient fort douloureux à la pression, au toucher. Sensibilité intacte des deux côtés. La femme quitta le lit le douzième jour, bien portante. Huit jours après, elle commença à se plaindre de fatigue, de tiraillements dans la jambe gauche, et particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale (crampes vives au mollet, extension involontaire du pied gauche avec écartement des orteils). Tous les mouvements de la jambe étaient conservés, mais ils étaient très douloureux. Frissons légers, T. 38°,6. Le lendemain, gonflement léger de la jambe et constatation vers la région inguinale d'un cordon suivant le trajet de la veine fémorale : phlébite de la veine fémorale par thrombose.

Traitement : glace, compresses à la Priessnitz, élévation du siège. Après quelques jours, amendement des symptômes, dégonflement progressif de la jambe, chute de la température.

Le vingt et unième jour après le début de la thrombose veineuse, le quarante et unième après l'accouchement, des douleurs vives se font sentir au niveau de la tête fémorale gauche, douleurs qui s'irradient bientôt, sous forme d'accès, le long de la face postérieure de la jambe droite. Avec cela, de nouveau de l'hyperthermie, T. 38°,8. Crampes au mollet, extension du pied avec écartement des orteils. Phénomènes douloureux localisés dans la région du sciatique, points douloureux au niveau du bord inférieur de la région fessière, de la tête du péronée. Motilité volontaire de la jambe notablement diminuée, sensibilité intacte, réflexe patellaire conservé. Rien d'anormal vers la zone génitale. Pas d'albumine, par de sucre dans les urines. Quatre jours plus tard, en même temps que la température s'élève à 39°,3 de vives douleurs se font sentir à la nuque, à l'épaule gauche, et s'irradient jusqu'aux doigts, les mouvements du bras sont fort douloureux. Le lendemain, parésie de tout le bras qui repose flasque, en flexion légère. Mouvements volontaires du bras impossibles ; très faible flexion du quatrième et du cinquième doigt. Tout mouvement imprimé au bras est extrêmement douloureux. Pas de rougeur, pas de tuméfaction des jointures, mais, dans la région du coude, point très sensible au niveau du médian. Par contre, insensibilité complète dans le territoire du médian et du radial. De profondes piqûres avec une épingle sont à peine perçues. Insensibilité à la piqûre avec une épingle aux surfaces dorsale et palmaire de la main, du pouce, de l'index, de la moitié radiale du médius ; par contre, sensibilité conservée dans le domaine du cubital.

Diagnostic : névrite puerpérale du sciatique droit et du plexus brachial gauche, particulièrement dans le domaine du médian et du radial.

Traitement : localement, enveloppement ouaté ; à l'intérieur, de l'aspirine, 3 grammes par jour. Le médicament parut calmer les douleurs ; mais comme l'état fébrile persistait, on se résolut à prescrire, le septième jour de la maladie, une forte dose de salicylate de soude : 5 grammes, qui avaient été

ingérés, ayant été rejetés presque aussitôt, on administra même dose en lavement. Consécutivement, diaphorèse abondante, cessation des douleurs, et dès le lendemain retour de la température à la normale. Dans les trois jours qui suivirent, retour progressif de la motilité du bras et de la jambe. Traitement galvano-faradique et récupération rapide de tous les mouvements du bras et de la jambe. *Guérison régulière.*

En tout, la femme avait gardé le lit quarante et un jours. On ne constata d'atrophie musculaire ni au bras ni à la jambe. L'auteur note ce dernier détail : la névrite se montra à la date *habituelle* du retour des couches, lequel d'ailleurs ne se fit que quatre mois *post partum*, bien que la femme n'ait pas allaité.

A l'occasion de ce fait, l'auteur rappelle l'étiologie diverse des névrites puerpérales : *a)* névrites d'ordre *traumatique* et *mécanique*, succédant à une intervention chirurgicale ou liées à la présence d'un exsudat péri ou para-utérin (lésion ou compression du plexus sacré ou de certaines branches nerveuses) ; *b)* d'ordre *toxique*. On a incriminé certaines substances chimiques (plomb, arsenic, alcool, mercure, des agents antiseptiques employés chez la femme enceinte ou accouchée ; *c)* névrites sous la dépendance de certains processus infectieux. Et, entre ceux-ci, la gonorrhée a été surtout mise en cause, soit qu'elle agisse directement par le gonocoque, soit indirectement par des toxines, etc. ; *d)* névrites sous la dépendance de *processus septiques, suppurés*. Et, dans ce cas, on a constaté que les accidents névritiques ne se montrent que plusieurs semaines après le processus de suppuration ; *e)* On serait enfin, suivant l'auteur, conduit à accepter l'hypothèse du rôle étiologique d'un *produit toxique créé par la gestation elle-même*, toxine gravidique en quelque sorte, inconnue à l'heure actuelle, pour s'expliquer l'apparition de certaines névrites, ne se rattachant à aucun des autres groupes, et survenant parfois après des accouchements simples spontanés, avec suites de couches irrégulières. R. L.

Un cas d'infection puerpérale traitée chirurgicalement, méthode de Pryor (A case of puerperal infection treated by operation [Pryor's Metod]), par NUTTING S. FRASER. *British m. J.*, avril 1901, p. 816.

Dans la même journée, l'auteur traite le matin un vieillard pour une appendicite qui avait perforé la paroi abdominale. Il se sert, au cours de son intervention, de gants en caoutchouc Le soir, appelé d'urgence auprès d'une primipare, il dirige un accouchement qui se termine d'ailleurs, délivrance comprise, très simplement. Il a fait un seul

examen interne, les doigts protégés par des gants en caoutchouc qu'il croyait stérilisés. Or, l'accouchement terminé, il s'aperçoit que ce sont ceux qui ont été employés pour l'appendicite.

OBS. — *Suites de couches.* Accouchement spontané le 16 janvier. Le 17 janvier, l'accouchée semblait tout à fait bien, mais le 18 au soir, elle a des frissons, accuse des souffrances ; T. 38°,3. Le 19, T. le matin 39°,5 ; P. 105. Céphalée vive, frissons. Le 20 janvier, 40°,2. Pas d'écoulement lochial. *Examen* sous le chloroforme : pas de plaie, pas d'ulcération du vagin, pas de déchirure du col. Utérus mou, flasque, muqueuse utérine parfaitement lisse.

Traitement : anticamine, 5 gr. ; irrigations intestinales hautes de solution salée. 21 janvier, T. le matin 39°,5 ; P. plus plein, moins fréquent. Urines abondantes, effet sans doute des irrigations intestinales. Le soir, T. 40°,5, P. 128. L'état général, l'hyperthermie, l'accélération du pouls font prévoir une issue fatale, si l'on n'intervient pas énergiquement.

Opération à 4 heures de l'après-midi ; on se décide pour la méthode de Pryor (de New-York) : curettage de l'utérus, injection intra-utérine avec la solution salée ; large incision du cul-de-sac de Douglas. Application, par cette incision, d'une quantité suffisante de gaze iodoformée pour remplir toute la région en arrière de l'utérus, tamponnement utérin avec de la même gaze. Vessie de glace sur le ventre, injection sous-cutanée d'un demi-litre environ de solution salée dans la région dorsale. Toutes les huit heures environ irrigations salées intestinales. Pendant les six jours qui suivirent l'opération, il y eut encore des accidents (fièvre, mais moins vive, céphalée, etc.). Le pansement fut renouvelé chaque jour, les trois premiers jours. Puis il fut supprimé. Le septième jour après l'opération, la température redevint normale et la *guérison* s'accomplit ensuite régulièrement. Dans la nuit même qui suivit l'opération, les urines avaient été abondantes et l'examen y avait décelé la présence de l'iode.

Dans le traitement de ces cas, Pryor accorderait une grande importance à la préparation, préalable en quelque sorte, de la malade, par les irrigations salées intestinales, et même, dans les cas particulièrement graves, par les injections salées intra-veineuses. Il serait capital d'accélérer la résorption et l'élimination de l'iode : « *le curettage est autant effectué pour créer une surface avivée, apte à résorber activement l'iode, que pour supprimer des tissus infectés.* » R. L.

De l'oblitération puerpérale des veines utérines (métrophlébite), par le Dr B. A. LIBOW. *Vratch*, 1901, p. 328. — L. étudie la phlébite utérine puerpérale bénigne, qui évolue comme affection locale le plus

souvent méconnue et qui rend compte de ces élévations thermiques passagères que l'on ne sait à quoi attribuer, jusqu'au moment où l'on voit apparaître une phlegmatia alba dolens ; cinq observations provenant de la clinique obstétrico-gynécologique de Saint-Pétersbourg nous montrent ce que sont ces phlébites.

Obs. I. — Primipare, ayant eu la blennorrhagie L'accouchement a lieu à terme, facilement, sans aucune intervention médicale ; le sixième jour, léger frisson ; temp. 38°,2 ; léger tympanisme et utérus un peu sensible au bord gauche, lochies normales. Cet état dure deux semaines et demi et l'on ne fait d'autre traitement que le repos et l'abstention de tout examen local. La température tombe, la malade guérit ; diagnostic : métrophlébite.

Obs. II. — Primipare, ayant eu la blennorrhagie. Accouchement spontané après deux heures de travail, et si brusque qu'il se produit une légère déchirure périnéale. Le sixième jour, élévation thermique, lochies fétides ; on trouve des membranes très adhérentes à la paroi antérieure de l'utérus qui est débarrassé par un curettage ; au bout de quatre à cinq jours, la défervescence se fait et tout paraît rentrer dans l'ordre, mais dix jours après le curettage, nouveau frisson, temp. 40°, et deux jours plus tard phlegmatia alba dolens.

Obs. III. — Primipare. Accouchement d'un fœtus macéré, syphilitique ; métrorrhagie arrêtée par des injections chaudes intra-utérines. Trois jours plus tard, temp. 38°,2, sans rien de local ; défervescence au bout de huit jours, puis nouvel accès de fièvre et phlegmatia.

Obs. IV. — Primipare de 30 ans. Accouchement au forceps après dix-huit heures de travail. Pendant huit jours tout va bien, puis grand frisson, 40°,5 sans autre signe local qu'une légère sensibilité de l'utérus à la pression ; cet état dure deux semaines et demi avec une fièvre très modérée ; au bout de ce temps, nouveau frisson et phlegmatia double.

Obs. V. — Multipare, ayant eu la blennorrhagie. Accouchement normal non précédé du toucher, métrorrhagie. Le troisième jour il survient un léger état fébrile qui se prolonge dix jours, accompagné d'une sensibilité localisée de l'utérus ; la guérison est complète sans aucun traitement sauf le repos.

Il est fort important d'étudier et de diagnostiquer de bonne heure ces cas de métrophlébite, en présence surtout des opinions de Baldy et de Lusk qui font l'hystérectomie en cas de métrophlébite afin de supprimer le foyer d'origine d'une infection purulente.

M. N. W.

Fibromyome et grossesse, par le professeur KALABINE, de Moscou. *Vratch*, 1901, p. 363. — Femme de 36 ans, mariée à 29 ans, accouchée une première fois à 35 ans. Quelques mois avant la deuxième grossesse, on reconnut l'existence d'un fibromyome utérin qui avait atteint au deuxième mois de grossesse le volume d'un poing ; on le sentait très facilement dans le cul-de sac postérieur ; un deuxième fibrome occupait le fond de l'utérus. La malade fut examinée par plusieurs gynécologistes éminents de Moscou ; l'un d'entre eux niait l'existence d'une grossesse, deux autres considéraient une opération comme urgente. K. conseilla l'expectation et la grossesse arriva à terme, après des souffrances assez grandes, il est vrai : douleurs avec contractions utérines, douleurs lombaires et sacrées, constipation opiniâtre, énervement.

L'accouchement se fit spontanément après trente-quatre heures de travail ; la délivrance fut pratiquée deux heures plus tard par la méthode de Crédé ; il n'y eut pas d'hémorrhagie et les suites de couches furent normales ; l'enfant fut allaité par la mère. K. examina cette patiente un an plus tard : le fibromyome du fond de l'utérus avait notablement diminué, la tumeur de la paroi postérieure avait disparu.

M. N. W.

Du diagnostic de la fièvre puerpérale, par PH. JUNG. *Samml. klin. Vorträge*, 1901, n° 297, p. 207. — L'auteur a surtout pour but de mettre en évidence les difficultés très sérieuses, en certains cas, de ce diagnostic. Dans une première série de faits, il esquisse la physionomie d'une épidémie d'influenza chez des accouchées épidémie, dont la vraie nature, en raison du groupement des malades, fut de suite reconnue, mais dont plusieurs cas, l'un surtout, aurait pu, en ville, prêter à confusion, faire même errer complètement le diagnostic. Il relate ensuite deux cas fort intéressants, dans l'un desquels le diagnostic vrai ne fut établi que sur la table d'autopsie, et dans l'autre que tardivement, et grâce à la réaction de Vidal. Dans les deux on avait conclu, à tort, à une *infection puerpérale*, tandis qu'il s'agissait de fièvre typhoïde.

Le 13 février 1900, dans le même moment qu'une épidémie d'influenza sévissait à Greifswald, brusquement 11 femmes, pensionnaires à la Maternité, devinrent malades : fièvres, accidents gastriques auxquels se surajoutèrent des troubles respiratoires ; 10 autres femmes enceintes, dans les dix jours qui suivirent, présentèrent les mêmes

accidents. Tout d'abord l'idée vint qu'il s'agissait de gastro-entérite aiguë par mauvaise qualité des *ingesta*. Mais l'apparition d'accidents thoraciques, et surtout la mise en évidence par culture du bacille de l'influenza permirent de faire le vrai diagnostic. L'influence de la maladie sur la grossesse fut remarquable. L'accouchement, chez 2 femmes, débuta dès la période prodromique, de sorte que la fièvre n'apparut que deux à trois jours après, tandis que chez les 9 autres il se fit après le premier accès aigu de fièvre. 5 fois l'accouchement eut lieu à terme, 6 fois avant terme.

2 cas de fièvre typhoïde pris pour une infection puerpérale.

Obs. I. — X..., 33 ans, Ipare, à la clinique depuis le 6 janvier 1900, accouche le 2 avril suivant d'une fille vivante après quatre heures de travail, ayant subi la toilette ordinaire des organes génitaux externes. Au début du travail, T. 37°,6, P. 96. Elle a été examinée par le médecin assistant et par deux étudiants qui, avant l'examen, s'étaient soumis au lavage à l'eau chaude au savon, puis au brossage avec une solution au sublimé à 1 p. 100. Une déchirure du périnée, du second degré, a été réparée immédiatement. A cause d'une hémorrhagie par inertie : ergotine, injection chaude au lysol, injection sous-cutanée de 800 grammes de la solution salée physiologique, etc. Une heure *post-partum* la température de l'accouchée s'élève à 39°,9 P. 124. Le soir, T. 37°,2. P. 128. Le lendemain, 40°,2. A partir de ce moment, fièvre persistante, à exacerbations et rémissions irrégulières. T. 39°-40°,6, P. 130 à 158, petit, mais régulier. A partir du troisième jour, lochies fétides. Le quatrième jour, incision de la plaie périnéale, qui est couverte d'un exsudat crémeux ; une injection vaginale au lysol. La température, de 40°,2, tombe à 39°. Les lochies restent rares, un peu fétides. Toutefois, pas de météorisme abdominal ; utérus, paramétrium non douloureux. Involution utérine un peu plus lente qu'à l'ordinaire. Durant les premiers jours, constipation qui nécessita l'usage de lavements, d'eau de Sedlitz. A partir du onzième jour *diarrhée abondante*. Pas de montée de lait ; pas de roséole sur la paroi abdominale, sauf au niveau de la zone sur laquelle on avait appliqué une vessie de glace. Anorexie, soif vive. État général, pendant les huit premiers jours, bon. Le soir, à cause de l'agitation, injection d'un centigramme de morphine. A partir du quatorzième jour, délire. *Mort* dix-sept jours *post-partum*, avec un P. à 160 et perte de connaissance.

En raison de la fièvre, de l'état du pouls, de la fétidité des lochies, de l'exsudat au niveau de la lésion périnéale, on fit le *diagnostic de septicémie puerpérale;* or l'autopsie démontra qu'il *s'agissait d'un cas de typhus abdominal*. Outre les lésions intestinales typiques, on cons-

tata dans les exsudats du vagin et du périnée des bacilles typhiques nombreux.

Obs. II. — X..., 39 ans, adressée par son médecin, à la clinique avec le diagnostic : avortement incomplet à trois mois, rétroflexion de l'utérus gravide. A la clinique, elle subit, pour cause de rétention *in utero* de débris membraneux et placentaires, le curettage qui, à la vérité, donna issue à quantité de produits retenus. La température qui, à l'entrée, était à 40°, tomba à 37°,5; le pouls, de 130 à 76. Ce qui fit croire à la guérison. Mais, le lendemain, nouvelle poussée de fièvre à 39°,8, P. à 110. Une diarrhée abondante étant survenue le sixième jour, on songea, sous l'impression de ce qui était advenu dans le cas précédent, à une fièvre typhoïde, d'autant plus qu'on ne relevait rien d'insolite dans le canal génital. Toutefois, le *diagnostic* resta hésitant un certain temps. Il put enfin être établi par la nature des garde-robes et surout par les résultats positifs de la réaction de Widal. *Guérison.*

Après avoir cité ce qu'ont écrit un certain nombre d'auteurs (Olshausen-Veit, Ahlfeld, Runge, Winckel, Curschagram et Runge, Lepage) au sujet du diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale, noté également les confusions auxquelles peuvent donner lieu d'autres maladies infectieuses, l'auteur, en terminant, insiste, avec raison, sur le grand préjudice que peut causer au praticien, accoucheur, médecin ou sage-femme, la hâte que l'on a de rapporter à une infection puerpérale, c'est-à dire à une maladie souvent imputable à un défaut de soins, de précautions, ce qui n'est en réalité que la conséquence d'une maladie infectieuse toute différente, méconnue. R. L.

État bactériologique et clinique chez les accouchées avec suites de couches fébriles et avec suites de couches normales (Bacteriologische u. klinische Befunde bei fiebernden u. normalen Wochnerinnen). G. Vogel. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XI, IV, Hft 3, p. 412. — Après avoir d'abord constaté les contradictions extraordinaires qui existent toujours entre les résultats annoncés par des bactériologistes de valeur, rappelé les principaux détails de leur technique expérimentale et exposé la technique qu'il a suivie lui-même, l'auteur consigne dans des tableaux synoptiques, accompagnés chacun d'une analyse critique, les observations bactériologiques et cliniques auxquelles ont donné lieu 25 accouchées à suites de couches fébriles et 30 accouchées à suites de

couches normales, le second groupe ayant été l'objet de deux séries de recherches, les unes faites durant les premiers jours du puerperium, les autres durant les derniers jours. Ces observations et des recherches poursuivies avec beaucoup de soin l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1° le prélèvement de sécrétions, quand il est fait avec toutes les précautions nécessaires, n'a aucun effet fâcheux sur l'accouchée ; 2° dans la grande majorité des cas, chez les accouchées à suites de couches fébriles, on trouve des germes dans l'utérus ; 3° chez les accouchées à suites de couches fébriles et chez lesquelles l'examen bactériologique se montre positif, l'examen clinique permet, la plupart du temps, de constater quelque chose d'anormal dans la sphère génitale ; 4° dans la plupart de ces cas, il y a stase, rétention des lochies qui, entre autres facteurs étiologiques, peut être causée par une dextro ou sinistro-version de l'utérus ; 5° quand il y a stase, rétention, il faut s'efforcer d'obtenir l'écoulement des produits retenus par la provocation des contractions utérines (l'auteur a, dans ces cas, recours en particulier au seigle ergoté, etc.), et ne pas différer trop longtemps de faire une injection intra-utérine (avec le cathéter de Weinhold), que l'on fait suivre, le cas échéant, d'une solution alcoolique phéniquée à 20 p. 100; 6° les déchirures du col favorisent la migration des bactéries dans l'utérus et, par suite, la fièvre; 7° les petites plaies des organes génitaux favorisent le développement des germes et augmentent considérablement les dangers ; il faut donc préalablement nettoyer *à fond ;* 8° dans les premiers jours des suites de couches, quand l'état de l'accouchée est normal, le plus souvent l'utérus est libre de germes ; cependant, des germes peuvent s'y trouver sans provoquer des accidents ; 9° dans la période tardive des suites de couches, l'état de l'accouchée étant normal, fréquemment la sécrétion utérine contient des germes ; toutefois, dans ce cas, les germes sont beaucoup plus rarement cause de fièvre ; 10° la présence de streptocoques, chez les accouchées à suites de couches apyrétiques, est une éventualité relativement rare. R. L.

Recherches quantitatives de la graisse dans le lait des femmes-nourrices dans les conditions normales et pathologiques, par I. Z. Gerzoni. Thèse de St-Pétersbourg, 1898.

L'auteur a fait 2,000 analyses quantitatives du lait de 310 femmes-nourrices ; comme conditions pathologiques, on prenait en considération surtout l'état fébrile. Ces recherches ont été faites suivant la

méthode relativement neuve de Gerber, pas tout à fait exacte comparativement avec d'autres (différence de 0,05 p. 100), mais satisfaisante pour la pratique courante. Le p. 100 moyen de la quantité de la graisse chez toutes en général a été 3 1/0 p. 100; mais cette quantité varie suivant la nourrice, même chez la même nourrice. La quantité de la graisse peut également varier dans le sein droit et gauche. Le maximum qui a été trouvé — 10 p. 10) ; le minimum — 0,6 p. 100. En tout cas, pour chacune des nourrices, il existe pour ainsi dire le type du p. 100 de la graisse avec oscillation de 0,5 p. 100 à 0,9 p. 100.

Le lait des nourrices jeunes et primipares est plus riche en graisse que celui des nourrices âgées et multipares. Pendant l'époque menstruelle et pendant une élévation de la température, la quantité de la graisse augmente. Pendant les premiers jours de l'allaitement cette quantité est en moyenne de 3,03 p. 100, plus tard de 3,8 p. 100. La quantité de la graisse devient stable au bout de quatre semaines et reste stationnaire pendant les quatre premiers mois, ensuite diminue un peu.

D. Flamm.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du rein et de l'uretère, par Israel, traduction française par le Dr Rodriguez. Paris, 1900. — Le livre d'Israël, dont M. Rodriguez nous donne la traduction, sera consulté par tous ceux que la chirurgie rénale intéresse, car il est le fruit d'une grande expérience ; 230 observations résumées à la fin de l'ouvrage lui servent de base ; c'est dire que les opinions émises par l'auteur ont un poids considérable.

Sans vouloir faire ici l'analyse de ce volume, nous indiquerons quelques opinions spéciales à l'auteur.

Au point de vue du diagnostic des néoplasmes du rein, Israël rejette l'emploi du cystoscope qui peut faire faire des erreurs, une hématurie calculeuse à gauche pouvant coïncider avec un néoplasme siégeant du côté opposé, comme le fait est arrivé sur une malade soumise à son observation. La constatation d'une augmentation de volume de l'organe et quelquefois les résultats d'une ponction exploratrice, ramenant des parcelles de tumeur facilement reconnaissables au microscope, sont

les seuls signes qui permettent d'affirmer le diagnostic. A propos du traitement, Israël insiste sur la nécessité qu'il y a à faire l'ablation totale de la capsule adipeuse qui assez souvent renferme des germes de la tumeur, surtout quand elle a franchi la capsule. Parmi les causes de mort après l'opération, il insiste sur les poussées de néphrite que déterminent les inhalations chloroformiques. Ignorant les travaux déjà publiés en France par Terrier et Patein sur cette question, il reprend des recherches déjà faites sur ce point et arrive à un résultat identique à ceux publiés par les auteurs que nous venons de mentionner.

Sur le traitement des pyonéphroses, Israël a des opinions un peu différentes de celles de l'école Guyon. Il fait plus volontiers la néphrectomie qui, pour lui, peut être immédiatement indiquée soit par l'état du rein farci d'abcès, soit par l'existence d'une paranéphrite concomitante, sous-phrénique ou prévertébrale.

Au contraire, la néphropexie pour des accidents liés à la mobilité rénale (l'hydronéphrose exceptée) lui semble une opération inutile qui est sans effet ou qui n'agit que par suggestion chez des malades le plus souvent névropathes.

Nous n'irons pas plus loin dans l'analyse de cet ouvrage; ce que nous avons dit suffit pour montrer combien les opinions de l'auteur sont personnelles et pour engager à lire ce court exposé de la chirurgie rénale, qui nous a beaucoup intéressé. H. H.

ERRATA

A propos de l'observation de récidive de grossesse extra-utérine de M. Chapot-Prévost, publiée dans le numéro de février, t. LV, p. 133, M. le Dr Azevedo Junior, 2e vice-président de la Société de médecine et de chirurgie de Rio-de-Janeiro, nous prie de dire que :

« Contrairement à l'indication fournie par M. Chapot-Prévost, le médecin appelé deux jours après les premières douleurs, c'est-à-dire le 30 mars 1895, — M. Azevedo Junior, — fit le diagnostic de grossesse extra-utérine et conseilla au mari d'envoyer sa femme à l'hôpital pour se faire opérer. » Cela est prouvé par le *compte rendu*, qui nous a été communiqué, de la séance du 20 juin 1899 de la Société de médecine et de chirurgie de Rio-de-Janeiro.

Satisfaction est ainsi donnée à notre confrère qui « désire qu'on ne l'accuse point d'une faute qu'il n'a pas commise ». H. V.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE. — HAVRE

PROCÉDÉS
DE LA
PROVOCATION ET DE LA TERMINAISON ARTIFICIELLE RAPIDE
DE L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **G. Fieux**,
Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux,
Accoucheur des hôpitaux.

Si l'on consulte les ouvrages récents qui s'occupent de cette question de l'accouchement provoqué rapide, et parmi les derniers je citerai la thèse de Frarier (1) et celle de Petit (2), on trouve signalés et discutés dans le chapitre des procédés, la rue, la sabine, la quinine, la lactose, l'excitation des mamelles, le froid, le chaud, le chloroforme, l'opium, les tiges de laminaire, la sonde de Krauss, etc., etc., avant d'en arriver aux méthodes véritablement efficientes.

J'espère que l'on ne m'en voudra pas, et même que l'on me saura gré de laisser de côté tout ce fatras thérapeutique qu'il me semble oiseux, sinon un peu naïf de faire figurer dans les procédés d'accouchement provoqué accéléré. Je ne veux mettre en discussion et en parallèle que *les méthodes actives directes* qui seules peuvent mener au but que l'on veut atteindre.

Je les rangerai en deux grandes classes :

1° *Les méthodes d'ouverture avec effraction voulue.*

2° *Les méthodes de dilatation proprement dite, qui ménagent ou cherchent à ménager l'intégrité des parties maternelles.*

---

(1) Thèse, Lyon, 1899.

(2) Thèse, Bordeaux, 1898.

I. — Méthodes d'ouverture avec effraction voulue, représentées par les incisions du col.

Sans vouloir exposer la très longue histoire de la pratique des incisions cervicales, je dirai simplement comment admise pendant un temps, elle tomba en discrédit en France, tout au moins, où cependant elle semble aujourd'hui revenir en honneur dans certains cas particuliers.

Admises par Paré et Baudelocque, elles suggèrent à Miquel les réflexions suivantes (1) : « peut-être les praticiens ont-ils été jusqu'ici trop timides dans l'emploi de ce moyen qui aurait pu garantir bien des femmes d'une mort certaine et bon nombre d'enfants que la mort de leur mère entraîne avec elle ».

Acceptées par Denman, Cazeaux, Jacquemier, vivement discutées au contraire et même désapprouvées par Mme Lachapelle, Nægelé et Maygrier, elles sont reprises par Duparcque en 1861 : « Pratiquez, si le cas presse, des scarifications sur les bords de l'orifice résistant, ou même donnez-lui par des incisions plus profondes l'ampleur qui lui manque et qu'il ne peut fournir pour que l'accouchement se termine. *En multipliant les débridements on est dispensé de leur donner autant d'étendue.* L'innocuité de ces incisions est chose connue. »

Ashwell (2) préfère les grandes sections, tandis que Dubois, de même que Duparcque, n'avait recours qu'aux petites incisions, en pensant que la multiplicité suppléait à la profondeur.

Cependant à la même époque, Burting dans sa thèse de 1861, recommandedeux ou trois incisions de deux à trois centimètres.

Malgré tous les ouvrages et tous les faits rapportant le peu de gravité de cette méthode, en France on se méfiait, toujours impressionné par la connaissance de faits malheureux mais dont l'insuccès, il faut bien le dire, était surtout redevable à leurs auteurs. Telle, par exemple, l'observation de Keller publiée

(1) MIQUEL. Paris, 1824.

(2) *Guy's hospital Reports.* London, 1839.

plus tard (1). Keller ayant à terminer un accouchement d'une façon rapide pratique *une seule incision sur la lèvre antérieure* et exécute la version.

Pendant l'extraction, l'incision se prolonge et se bifurque, donnant naissance à une immense déchirure double, dont l'une des branches intéresse le paramètre et la vessie, et l'autre se continuant sur la paroi antérieure de l'utérus, détermine sa complète perforation.

Nous verrons dans un instant la grosse faute opératoire à laquelle on peut imputer ce désastre.

En 1887, paraît en Allemagne le mémoire important de Dührssen (2). Élève de Gusserow et s'inspirant d'un travail de Skutsch d'Iéna (3), Dührssen préconise les grandes incisions cervicales, aidées au besoin d'incisions du vagin et du périnée, dans quelques formes de rigidité du col ou dans certains cas nécessitant l'accouchement rapide, tels que l'éclampsie par exemple. Il affirme que son procédé est inoffensif et apporte de nombreux faits à l'appui, *à la condition que l'on n'intervienne que lorsque la portion sus-vaginale du col est effacée.* « Lorsque ces conditions sont remplies, dit-il, et que d'autre part il existe un danger sérieux pour la mère ou l'enfant, il est du devoir d'un accoucheur de dilater immédiatement et complètement l'orifice au moyen de 2, 3, jusqu'à 6 incisions profondes, s'étendant jusqu'à l'insertion vaginale, et de faire suivre cette opération de l'extraction rapide de l'enfant. »

Les affirmations et les faits de Dührssen entraînent Porak et Pajot en 1890 à accepter ce procédé de terminaison rapide du travail.

Enfin, en 1892, Dührssen apporte un nouvel et sérieux argument en faveur de son procédé ; c'est un faisceau de *trente* observations d'éclampsie traitée par l'extraction rapide de l'en-

---

(1) Keller. *Centralb. für Gynäk.*, 1889, p. 47.

(2) Dührssen. *Arch. für Gyn.*, XXXVII, H. L, t. 1.

(3) Skutsch. Incisions libératrices du col dans l'accouchement. *Berl. klin. Woch.*, 17 oct., 1887.

fant au moyen des incisions du col. *Sur ces 30 cas, il n'a pas perdu une seule femme !*

Voici comment il décrit sa technique : saisir le col avec deux doigts de la main gauche qui servent de guide et remontent jusqu'à son insertion vaginale, ou bien accrocher les bords du col avec deux pinces tire-balles s'il cède facilement. Sectionner l'orifice en quatre endroits jusqu'à l'insertion vaginale. Avec une paire de longs ciseaux, à pointes mousses, ciseaux de Siebold, couper d'abord la lèvre postérieure, puis les deux parties latérales et enfin la lèvre antérieure. Extraire l'enfant au forceps. S'il se produit un léger écoulement sanguin, faire un tamponnement à la gaze iodoformée. Les incisions n'ont pas besoin d'être suturées ; le col se sépare spontanément.

En Amérique on semble avoir adopté assez facilement la pratique des incisions. Le docteur Marx, de New-York City entr'autres, rapporte (1) deux cas où les incisions cervicales de Dührssen furent mises à contribution.

Obs. I. (Résumée.) — Une femme à terme, primipare, dont l'utérus était fibromateux, perdait du sang en abondance et en était arrivée à un état d'anémie aiguë très avancée. Orifice ouvert comme deux doigts. Le col est incisé au bistouri en 4 points. Accouchement au forceps d'un enfant vivant. Délivrance artificielle. *Les incisions ne se sont pas agrandies par l'extraction.* Régression normale de l'utérus. Pas le moindre accident pendant les suites de couches.

Obs. II. (Résumée.) — Une femme enceinte de sept mois et demi est prise de convulsions éclamptiques à caractère des plus graves. L'orifice externe non dilaté présentait deux encoches cicatricielles très dures. Après une heure et demie d'efforts je ne puis passer que l'index. Les dilatateurs de Hegar et les ballons n'eurent pas plus de succès.

Après discussion entre l'opération césarienne et le procédé de Dührssen, nous finîmes par opter pour les incisions cervicales. Le col fut divisé par 4 incisions et je pus extraire par version une fille morte et macérée. En faisant la délivrance, je pus m'assurer *que les cisions ne se sont nullement agrandies*. La malade succomba au bout de quelques jours aux progrès de l'intoxication éclamptique.

(1) Marx. *American Journal of Obstetrics*, 1895.

Dans ces 2 observations de Marx, comme dans les 30 de Dührssen, j'insiste sur ce fait que *les grandes incisions n'ont donné naissance à aucune hémorrhagie sérieuse* et ne furent nullement l'amorce d'une rupture utérine. *Les incisions ne furent jamais agrandies par l'extraction.*

Et, malgré la publication de tous ces faits, le plus grand nombre des médecins se refusent, en France, à accepter ce procédé héroïque. Dans la thèse de Petit (1), nous trouvons une phrase qui reflète bien l'état d'esprit de nombre de praticiens obstinés à ne pas recourir à un procédé qui dans quelques cas, la dernière observation de Marx en est une preuve, est appelé à rendre de réels services : « Nous avouons que pour notre part, dit-il, avec bien des auteurs et non des plus mauvais, nous reculons devant une intervention semblable. Les complications qu'*elles peuvent amener* sont trop graves : ruptures de l'utérus, hémorrhagie, infection. »

Ce qu'*elles peuvent amener*, en dépit des faits qui démontrent leur manque de gravité, me rappelle De La Motte qui, en raison de la vitesse acquise, persiste à considérer l'accouchement par la face comme *tout à fait néfaste pour l'enfant :* « *quoiqu'il me soit arrivé plusieurs fois*, dit-il en terminant, sans *qu'il m'en soit encore péri aucun* ».

Tout récemment la question des incisions cervicales vient d'être reprise à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, dans la séance du 3 novembre 1899. A l'occasion d'un cas de dystocie par rigidité du col, M. Potocki suscite une discussion des plus intéressantes. Il commence *par mettre absolument de côté les incisions multiples et peu profondes* faites depuis longtemps à la suite de Dubois et de Cazeaux ; leur abandon est aujourd'hui justifié par *leur inefficacité* et par *les dangers qu'elles comportent.*

Seules les grandes incisions suffisamment profondes pour amener extemporanément l'orifice aux dimensions nécessaires au passage de la tête du fœtus doivent être envisagées. Il réfute

(1) Petit. Thèse Bordeaux, 1899.

les objections dont elles ont été l'objet. On a dit : qu'elles pouvaient être des portes d'entrée pour l'infection ; qu'elles pouvaient se compliquer d'hémorrhagie, et qu'enfin elles pouvaient devenir le point de départ de déchirures remontant plus ou moins haut sur le segment inférieur.

Il est certain que toute solution de continuité du col produite par l'accouchement est succeptible de s'infecter ; mais le reproche n'est pas sérieux, car ces plaies ne s'infectent pas plus que celles qui se produiraient inévitablement si l'accouchement était spontané.

Il n'y a pas eu d'hémorrhagies quand les incisions n'ont été pratiquées que dans les cas d'effacement du col. L'objection n'est donc d'aucun poids quand on réserve les incisions, comme l'a fait remarquer Dührssen, et comme on doit le faire, aux cols effacés.

Sans doute les incisions peuvent se prolonger en hauteur au moment de l'extraction ; mais si les sections sont bien faites, elles ne s'agrandissent que d'autant qu'il est nécessaire pour laisser passer l'enfant.

On a encore fait une objection d'ordre purement théorique : on a dit qu'il était mauvais de transporter en obstétrique les procédés de la gynécologie ; qu'un enfant vivant ne devait pas s'enlever comme une tumeur ; que l'accouchement était un phénomone naturel qu'il fallait autant que possible abandonner à la nature :

« D'accord, dit M. Potocki ; mais je ne parle ici d'incisions du col que dans les cas de dystocie grave et, heureusement, extrêmement rares. Il n'est venu à l'idée de personne de faire des incisions dans les accouchements normaux. » (A l'heure où M. Potocki s'exprimait de la sorte, il ne connaissait pas encore sans doute l'habitude de *couper le fil* aux cols des primipares dans les accouchements normaux, pratique érigée en méthode dont la science est redevable à M. Fochier (de Lyon).

Les faits cliniques ont démontré, ajoute plus loin M. Potocki, que les dangers d'hémorrhagie ou de rupture ne sont pas à

craindre quand on veut bien ne pratiquer ces incisions qu'une fois le col effacé et ne pas poursuivre ces incisions au delà de l'insertion vaginale.

Les incisions de 2 à 3 centim. seront pratiquées de préférence sous le contrôle de la vue; elles seront faites soit au bistouri, soit avec des ciseaux courbes.

Les incisions porteront sur les commissures droite et gauche d'abord, puis en arrière, enfin en avant. *Mais on ne fera pas d'incision trop profonde directement en avant, insiste* M. Potocki; car en s'appuyant sur une planche de Tibone reproduite dans l'ouvrage de Varnier, on voit que la paroi vésicale n'est qu'à 1 centim. 7 du bord antérieur de l'orifice du col. *La vessie serait donc à coup sûr intéressée par une section de deux centimètres de profondeur.*

A la séance suivante de la même Société (1), M. Varnier en discutant certains détails qui ne rentrent pas dans notre sujet est d'avis que, quelle que soit la dimension de l'orifice, qu'il soit punctiforme ou égal à 2 francs, il ne faut pas donner pour ces incisions un repère en centimètres, *mais un point de repère anatomique, l'insertion du vagin.*

Aller plus loin, ce serait s'exposer : en arrière à perforer le Douglas, en avant à léser le bas-fond vésical.

De même que M. Segond en gynécologie affirme ses préférences pour les incisions latérales, de même ici il semble que deux grandes incisions latérales doivent suffire. Même prolongées elles resteraient sous-péritonéales.

M. Doléris, à la même séance, rappelle qu'il a adopté la méthode des débridements multiples, *mais en accentuant les débridements latéraux qui peuvent être poursuivis très haut, jusqu'au fornix vaginal,* et qu'on a la latitude de réparer immédiatement après l'accouchement au moyen de quelques sutures au catgut.

L'hémorrhagie n'est pas à craindre, car les gros troncs artériels sont assez éloignés de la paroi, et restent très mobiles

(1) 1er décembre 1899.

dans l'atmosphère celluleuse du parametrium ; quant à l'hémorrhagie veineuse, elle s'arrête d'elle-même.

*
* *

En somme, de tout l'exposé que nous venons de faire, il résulte que les incisions du col constituent une méthode réglée comme doit l'être en général toute opération qui ne veut pas être suivie de complications ou d'accidents.

Ces incisions pour n'amener après elles ni infection, ni hémorrhagie, ni délabrements utérins ou para-utérins, devront remplir les conditions suivantes :

1° Être précédées d'une asepsie soigneuse du champ opératoire et de ce qui sera mis en contact avec lui, mains ou instruments;

2° Consister en grandes incisions en nombre limité et non point en encoches multiples;

3° Pratiquées aux ciseaux mousses, sous l'œil ou sous la surveillance des doigts guides, elles ne doivent être mises en pratique que lorsque le col est complètement effacé (Potocki), ou tout au moins lorsque l'effacement de la portion sus-vaginale est tout à fait effectué (Dührssen);

4° Les incisions devront être poussées à droite et à gauche jusqu'aux insertions vaginales, mais jamais dépasser ce point de repère anatomique;

5° En avant et en arrière, les incisions seront beaucoup plus discrètes. On pourrait même s'en passer;

6° La réparation au catgut n'est pas indispensable. Exécutée par Doléris, elle est négligée par Dührssen qui prétend avoir toujours constaté la réparation spontanée.

Ainsi réglées, les incisions du col représentent une méthode sans plus de dangers que les autres procédés d'ouverture artificielle rapide. Leur gros avantage est de réussir immédiatement là où peuvent échouer quelquefois les procédés qui ménagent ou cherchent à ménager l'intégrité des parties maternelles, ceux que nous allons étudier maintenant.

II. — Méthodes de dilatation proprement dite, qui ménagent ou cherchent à ménager les parties maternelles.

Dans ce groupe de procédés, je placerai les *dilatateurs métalliques*, les *ballons* et la *dilatation manuelle*.

1. — Dilatation par les instruments métalliques. — Parmi ces derniers, je n'aurai en vue que les deux plus récents, ceux qui sont censés donner les meilleurs résultats : l'*écarteur utérin de Tarnier* et le *dilatateur de Bossi*.

Écarteur utérin de Tarnier. — L'écarteur utérin de Tarnier, imaginé en 1888, et dont la description, les indications et le manuel opératoire ont surtout été exposés par Bonnaire (1), est aujourd'hui, il faut bien le dire, un instrument délaissé.

Aussi, sans entrer dans sa description ni dans la technique de son application, serai-je très bref à son sujet. Je ferai simplement ressortir les raisons qui le font rejeter en général et celles qui nous le feront délaisser dans le cas qui nous occupe spécialement.

D'une façon générale, le dilatateur de Tarnier comme les dilatateurs métalliques à branches est dangereux. Les pressions qu'il exerce sur le col sont limitées en trois points, et en trois points toujours les mêmes. Aussi n'est-il pas étonnant d'avoir vu se produire des ruptures utérines lorsque les anneaux de caoutchouc étaient trop tendus, autrement dit alors que l'instrument devait être efficace.

Pour ma part, j'ai à ma connaissance (mais non à mon actif) 2 cas où, à Bordeaux, l'écarteur de Tarnier fut mis en place, et 2 fois des ruptures utérines mortelles en furent la conséquence.

L'application de l'instrument est très pénible, à tel point que si les douleurs sont trop vives il est recommandé de pratiquer quelques onctions avec la pommade cocaïnée.

De plus, à cause des érosions fréquentes de la muqueuse

---

(1) *Progrès médical*, avril 1870, et *Arch. de Tocologie*, 1891.

vaginale et vulvaire, on doit multiplier les nettoyages antiseptiques et placer un tamponnement léger à la gaze iodoformée.

Enfin, pour les cas que nous avons en vue dans ce travail, accouchements *provoqués* et *rapides*, l'instrument de Tarnier est tout à fait impuissant. Si on consulte les travaux de Bonnaire on voit quel a été le résultat de 11 applications de l'écarteur métallique. La dilatation a eu une durée totale variant de cinq heures trente à trente-trois heures quarante-cinq avec une moyenne de huit à douze heures. Il s'agissait de primipares à terme, *en travail régulier, ayant un commencement de dilatation.*

Je n'ai pas besoin d'insister, je crois, pour démontrer la dangereuse inefficacité de l'écarteur métallique de Tarnier vis-à-vis des accouchements qu'il faut provoquer et terminer rapidement.

Dilatateur de Bossi. — En 1896, le Dr Bossi, professeur et directeur de la clinique obstétricale de Novare et docent de gynécologie à la Faculté de Gênes, présentait un nouveau dilatateur métallique à la Société obstétricale de France (1).

Je me contenterai de dire qu'il consiste en un dilatateur rigide à trois branches, comme celui de Tarnier. Il en diffère par sa courbure, destinée à s'accommoder à la courbure pelvienne par la minceur de ses trois branches qui, accolées, peuvent être introduites dans un col non effacé ; enfin la force qui sépare les trois branches, au lieu d'être représentée par des anneaux de caoutchouc, est transmise au moyen d'une poignée à vis.

Bossi aurait obtenu des résultats merveilleux. En réunissant ses cas à ceux publiés par ses collègues italiens ou étrangers, il trouve 112 faits très précis et dignes d'être notés. Sur ces 112 cas, 62 concernaient des primipares ; chez 47 de ces primipares, il n'existait pas de dilatation, et chez 29 le col n'était pas effacé.

---

(1) Pour la description et la technique opératoire, je renvoie aux *Bulletins de la Société obstétricale de France*, avril 1896, ou à *l'Obstétrique*, juillet 1896.

Le temps employé pour les cas urgents a varié de quinze minutes à une heure et demie.

Je ne regrette qu'une chose, c'est que M. Bossi n'ait pas analysé de plus près les cas qu'il rapporte et spécifié le temps minimum pour les primipares dont le col n'était pas encore effacé, et dans combien d'observations ce temps minimum de quinze minutes a pu être obtenu.

Quoi qu'il en soit, voici les avantages qu'il reconnaît à son instrument :

1° Le dilatateur peut être appliqué avec sûreté, même dans un col non encore raccourci et fermé, comme il peut arriver chez une primipare ;

2° En l'employant, l'accoucheur est certain d'obtenir une dilatation suffisante pour pratiquer l'extraction du fœtus à terme et bien développé ;

3° Il donne aussi à l'opérateur la certitude de pouvoir obtenir la dilatation à volonté dans un temps plus ou moins long, et dans les cas très graves cette dilatation peut même être obtenue en 15 ou 20 minutes. On peut faire varier la longueur du temps selon la gravité du cas.

C'est une *méthode rapide selon l'urgence*, d'après l'expression même de Bossi.

Mais dans la communication de Bossi, je surprends une phrase qui me fait réfléchir : « S'il y a urgence absolue, une dilatation suffisante peut être obtenue en un quart d'heure, *sans qu'il soit nécessaire de pousser de parti pris la dilatation jusqu'à 8 ou 9 centimètres.* »

Ceci ne donne-t-il pas à penser que dans les cas d'extrême urgence *on peut, en forçant beaucoup*, faire en quinze minutes... quoi ? une dilatation tout juste suffisante pour accrocher le fœtus.... et *en faire l'extraction forcée à travers un orifice de 8 centimètres !*

Et enfin je ne puis laisser passer sans la souligner, cette réflexion qui termine l'article du présentateur :

« Les indications pour l'emploi de cet instrument seront limitées selon le jugement de chaque accoucheur; mais on ne

pourra nier que *lorsque tous les autres moyens sont restés sans succès, ma méthode pourra être utile.* »

En résumé, cet instrument qui peut être utile lorsque les autres moyens ont échoué et qui ne peut donner dans les cas urgents qu'une dilatation suffisante pour pratiquer l'*accouchement forcé*, ne constitue pas encore, à mon sens, le procédé de choix.

Les dilatateurs métalliques à trois branches Tarnier ou Bossi ne devront donc pas être utilisés pour une dilatation qui demande à être rapide et *complète*.

Peut-être cependant l'instrument de Bossi pourrait-il servir à perméabiliser un col dont la dilatation complète sera effectuée ensuite par un autre procédé. Et encore, pour cet usage, les bougies de Hegar seraient-elles certainement préférables.

II. — **Ballons dilatateurs.** — La provocation ou l'accélération du travail au moyen des ballons de caoutchouc est universellement répandue. Chaque pays a son ballon : l'Angleterre le sac-violon de Barnes, l'Allemagne et l'Autriche le colpeurynter de Carl Braun, etc... Ici pas plus que pour les instruments métalliques je ne ferai une exhibition des différents modèles employés. Je n'esquisserai même pas la description des *ballons inextensibles* employés en France et dont le premier type et le meilleur modèle reste toujours celui que M. Champetier de Ribes présentait en 1888. Il est trop connu et son application est trop courante pour que je rentre ici dans des détails qui seraient hors de saison dans ce travail.

Voyons simplement comment il doit être manié pour en obtenir ce que nous désirons et si véritablement il est capable de provoquer et de terminer rapidement l'accouchement.

Mis en place, gonflé et abandonné à lui-même, je me hâte de dire qu'il est insuffisant.

Dans les cas heureux, les contractions se déclarent au bout de quelques heures et la période de dilatation, un peu accélérée même, se poursuit régulièrement. Chez certaines multipares, en quatre, cinq, six heures la besogne peut être faite.

Mais dans bien d'autres circonstances, le ballon introduit dans un col perméable mais non effacé, ou bien même tout à fait au début de la dilatation, reste indéfiniment sans produire d'effet appréciable. Je me rappelle une éclamptique multipare chez laquelle un ballon de Champetier resta quatorze heures au-dessus d'un col effacé sans amener la moindre modification. Une tertipare à bassin rétréci vit se passer quarante-huit heures avec son ballon modérément gonflé avant de voir apparaître les douleurs. Une dame quintipare que j'assistais l'an dernier avec M. Chambrelent resta trois jours pleins avec son ballon plus ou moins gonflé dans l'utérus, sans percevoir le moindre début de travail. Il fallut l'enlever et recourir à un autre procédé.

En résumé, le ballon *simplement mis en place* n'est pas un procédé fidèle de provocation du travail, et s'il le provoque, il n'amène pas toujours une dilatation complète en un laps de temps assez court pour répondre à l'urgence de certains cas cliniques.

Y a-t-il une autre façon d'employer le ballon de Champetier qui permette de réaliser l'accouchement provoqué accéléré ?

M. Varnier, en 1892, répond par l'affirmative (1) en montrant :

1° Que l'introduction du ballon est toujours réalisable ;

2° Que son emploi actif est susceptible d'effacer et de dilater très vite et à bloc le col utérin.

Je reproduis les termes mêmes de mon excellent ami et maître, M. Varnier :

« Mais une question se pose à ce sujet : cette introduction, qui nécessite, pour être faite, une voie de 7 centim. de circonférence, soit de quoi passer largement l'index, est-elle possible chez une femme enceinte de 7 mois, 8 mois, etc., non en travail, c'est-à-dire alors que le col n'est même pas effacé ?

« Incontestablement.

« Et d'abord, chez les multipares, c'est un jeu. Pour ne citer que les 15 observations du mémoire de Champetier de Ribes,

(1) VARNIER. De l'accouchement forcé. *Revue d'obst. et de péd.*

où le ballon a été placé dans le but de provoquer l'accouchement prématuré artificiel ordinaire, je trouve :

5 secondipares de 8 mois à 8 mois et demi ;
2 tertipares à 7 mois et demi ;
2 quintipares à 8 mois ;
1 septipare à 7 mois ;
1 nonipare à 8 mois et demi.

« Chez les primipares, c'est un peu moins facile ; mais en quelques minutes l'index arrive, sans déployer beaucoup de force, à franchir le canal cervical et l'orifice interne. A partir de ce moment, à l'aide de pressions excentriques, on arrive vite, en moins de dix minutes, à pouvoir adjoindre le médius. Dans les conditions particulières où nous sommes placés, nous avons le droit de faire cette dilatation préalable digitale, même en forçant un peu si cela est nécessaire. Aucune lésion n'en peut résulter.

« D'ailleurs, et j'y insiste, il est rarement nécessaire de faire au col cette légère violence.

« J'ai vu M. Champetier opérer dans les 4 cas de son premier mémoire où il s'agissait de primipares (à 8 mois et demi), et cela m'a paru aussi simple que chez les multipares. Depuis, j'ai eu moi-même à opérer dans des circonstances semblables et j'ai toujours pu passer d'emblée, quelquefois, il est vrai, en fixant le col avec une pince pour l'empêcher de se dérober à la pression instrumentale.

« Champetier disait dans son mémoire : « Chez toutes les « femmes qui font le sujet de mes observations, primipares ou « multipares, j'ai pu, *sans la moindre violence*, d'abord entrer « ma main dans le vagin ; puis introduire tout l'index dans le « col, au delà de l'orifice interne ; décoller les membranes, « m'orienter, reconnaître les lieux pour ainsi dire et me rendre « compte de la direction que je devais donner à la pince pour con- « duire le ballon. Une fois cette exploration faite, je retire l'index « et j'introduis à la fois le médius et l'index aussi profondément « que possible ; je sais que, si je puis entrer les deux doigts « réunis jusqu'à la première phalange, le ballon passera.

« Je n'ai pas encore rencontré de difficultés sérieuses pour « exécuter cette manœuvre. »

« En résumé, poursuit M. Varnier, avec ou sans effort l'introduction est possible.

« Le ballon étant placé, il s'agit de *s'en servir d'emblée comme d'agent dilatateur* sans attendre, comme dans les cas ordinaires, qu'il excite la contraction utérine et soit peu à peu poussé par elle au travers de l'orifice qu'il ouvre jusqu'à ce que celui-ci le laisse passer dans le vagin. Cela, d'après les observations, demande en moyenne six heures.

« Ici il faut aller plus vite. C'est possible, ainsi qu'en témoignent quelques observations que je reproduirai tout à l'heure.

« Pour obtenir ce résultat rapide voici comment il faut procéder :

« Après avoir rempli le ballon au maximum et exercé sur son tube de remplissage quelques tractions destinées à triompher de la résistance des bords de l'orifice externe et à assurer l'effacement complet du col, il faudra retirer 50 gr. de liquide, puis exercer de nouvelles tractions ; le ballon dégonflé descend un peu. Lorsqu'on éprouve de nouveau la résistance de l'orifice externe, on réinjecte lentement les 50 gr. de liquide enlevé tout en maintenant solidement la traction.

« Le toucher montre alors que la dilatation a augmenté. Après avoir maintenu la traction pendant quelques minutes, on retire du ballon non plus 50 gr., mais 100 gr. de liquide. Nouvelle traction ; le ballon dégonflé descend plus que tout à l'heure ; puis bientôt on éprouve la résistance de l'orifice externe.

« On réinjecte très lentement les 100 gr. de liquide enlevé en maintenant solidement la traction, et le toucher permet encore de constater que la dilatation vient d'augmenter. On continue ainsi progressivement :

« Enlevant,	puis injectant.....	150	grammes
—	—	200	—
—	—	250	—

« Mais toujours en prenant bien garde que la grande circon-

férence du ballon, sensible au toucher à cause de la couture qui l'avoisine, ne franchisse pas l'orifice externe avant que la dilatation ne soit absolument complète, ce qui ne tarde guère lorsqu'il ne reste plus qu'un bourrelet de 1 centim.

« Il est aisé de comprendre ce que produit cette manœuvre :

« Le ballon est conique. Si le point qui se trouve à l'union du corps du ballon et du tube de remplissage a une circonférence de 7 centim. et la circonférence maxima 32 ou 33, il est aisé de voir qu'entre les deux toutes les circonférences intermédiaires existent. Sur des coupes en série d'un ballon congelé on trouverait, à mesure qu'on s'éloigne du sommet du cône, le cercle égal à la pièce de 2 francs, de 5 francs, à la petite paume de main.

« En retirant 50 gr. de liquide et en exerçant ces tractions en arrière, grâce à la flaccidité du ballon, au lieu et place de la circonférence égale à la pièce de 1 franc, la circonférence est capable, une fois le ballon regonflé, d'égaler la pièce de 2 francs. La traction soutenue pendant la réinjection des 50 gr. force la circonférence du ballon à se développer là où elle est maintenue et, par conséquent, à porter la dilatation des bords de l'orifice contre lesquels elle agit excentriquement à 10 centim.

« Lors de la reprise, c'est la circonférence capable, une fois le ballon regonflé, d'égaler 14 centim. par exemple, qui sera amenée au niveau de l'orifice. De la même façon que précédemment, elle va le pousser à 14 centim. lorsqu'on réinjectera les 100 gr. enlevés.

Ainsi rien de comparable à la dilatation brusque par traction, telle que la produit, par exemple, le forceps tirant une tête à travers un orifice incomplètement ouvert, dilatation qui mène aux déchirures extensives; rien de comparable non plus à l'action des dilatateurs métalliques à 2 ou 3 branches, qui ne sollicitent les bords de l'orifice qu'en 2 ou 3 points, et non dans tous les sens.

« La dilatation par le ballon résulte d'un effort excentrique partout égal, c'est-à-dire d'une action de tous points comparable à celle qu'exercent les facteurs de la dilatation physiolo-

gique (mais plus rapide parce que l'accoucheur les mène à sa guise), poche des eaux ou région fœtale. »

Exposons maintenant quelques faits qui, mieux que les réflexions encore, peuvent édifier le praticien sur la valeur de ce procédé :

OBS. I (VARNIER), résumée. — Une primipare enceinte de 7 mois est apportée le 12 avril 1892 à la Clinique Baudelocque, atteinte d'accidents gravido-cardiaques des plus graves.

Le 14 avril, l'état empirant malgré le traitement médical habituel, M. Varnier introduit dans l'utérus le ballon Champetier de Ribes grand modèle. L'introduction est facile après quelques minutes de dilatation digitale qui ouvre sans grand effort l'orifice externe, le canal cervical et enfin l'orifice interne. Pendant le placement du ballon, la poche des eaux se rompt, le liquide amniotique qui s'écoule est coloré en vert par du méconium ; il est clair que l'asphyxie de la mère agit sur le fœtus.

A 4 heures du soir, les accès de suffocation étant de plus en plus intenses, la respiration n'étant entretenue qu'à force d'inhalation d'oxygène, la mort étant imminente, M. Varnier prend le parti d'accélérer le travail pour vider l'utérus au plus tôt.

A ce moment, la dilatation est grande comme un pièce de un franc et les bords de l'orifice résistants. En opérant comme nous l'avons exposé tout à l'heure, *la dilatation complète est obtenue en vingt minutes*. Extraction très facile par version d'une fille qui avait cessé de vivre.

OBS. II (WALLICH), résumée. — Femme de 33 ans, tertipare, atteinte de cardiopathie et en état d'asystolie. Sa grossesse est de 8 mois environ. L'enfant ne donne plus signe de vie. En présence des accidents généraux graves, M. Wallich introduit sans difficulté un ballon de Champetier au travers du col non modifié.

Dès la première demi-heure, le ballon provoque des contractions douloureuses. La tête du fœtus, peu déplacée par le ballon, s'engagea, poussant devant elle celui-ci dans lequel il fut ajouté du liquide lentement et progressivement.

« Je voyais ainsi l'effacement s'effectuer et la dilatation s'opérer. A mesure que celle-ci croissait, je tirais sur le ballon de façon à faire descendre au niveau de l'orifice ses parties supérieures. J'injectais

ensuite très lentement du liquide de façon à gonfler l'appareil... Par ces alternatives de gonflement et de dégonflement combinées avec les tractions, je parvins, au bout de deux heures trois quarts, à avoir une dilatation complète. *Trois heures avaient donc suffi pour que cette femme, enceinte de 8 mois, sans début de travail, fût accouchée et délivrée.* »

Obs. III (Oui, Maladie du cœur et grossesse. *Revue pratique d'obst. et de péd.*, 1890), résumée. — Une quintipare de 34 ans, enceinte de 7 mois, arrive à la Clinique Baudelocque en état d'asystolie complète. A 4 h. 45 du soir, introduction du ballon Champetier. A 8 h. 10 du soir, M. Wallich constate que la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs ; les contractions utérines sont assez rares. Toutes les deux minutes il pratique la manœuvre de dégonflement et de regonflement déjà décrite. A 8 h. 57, la dilatation est complète. *En trois quarts d'heure la dilatation a été conduite de 5 francs à la dilatation complète.*

Obs. IV (Oui, *Eod. loco*), résumée. — Une femme de 35 ans, tertipare, près du terme, entre à la Clinique Baudelocque en pleine crise d'asystolie. A 8 heures du soir, en raison de la suffocation, l'accouchement provoqué est décidé. A minuit, dans une manœuvre de dégonflement, le ballon est expulsé. On laisse la dilatation s'achever d'elle-même, et à 6 heures du matin elle est presque complète. Version. Enfant vivant. Guérison de la mère. En résumé, *quatre heures après les premières manœuvres, le ballon n'a fait que peu de chose, puisque ce n'est que six heures après sa chute, chez une multipare, que la dilatation est presque achevée.*

Obs. V (personnelle), résumée. — Une primipare de 33 ans entre à la clinique d'accouchements de Bordeaux, le 18 décembre 1899. Bassin rachitique. Promontoire à 10 centim. et faux promontoire à 9 centim. du sous-pubis. Le col est effacé ; l'orifice dilaté comme une pièce de 2 francs. Les membranes sont rompues depuis plusieurs heures et la tête, arrêtée au détroit supérieur, porte une volumineuse bosse séro-sanguine. Au bout de cinq heures, malgré de violentes contractions, rien n'a changé, pas plus comme engagement que comme dilatation. A 2 h. 30, introduction manuelle du ballon qui ensuite est manœuvré plus ou moins gonflé. A 3 h. 15, c'est-à-dire quarante-cinq minutes après, j'extrais le ballon gonflé à bloc.

Symphyséotomie aussi simple que possible en six minutes. Enfant vivant de 3,300 gr. Dix-huit jours après, la mère et l'enfant quittent le service en excellent état.

En résumé, un orifice utérin de primipare de 33 ans, dilaté comme une pièce de 2 francs, est amené à la dilatation complète en quarante-cinq minutes.

J'ai vainement cherché d'autres observations de provocation et de terminaison rapides du travail par le ballon de Champetier de Ribes, à part quelques-unes qui me sont personnelles et que je n'exposerai que plus loin. Je pensais trouver des faits nouveaux dans la thèse de M. Davis (1).

Or je n'y trouve même pas signalée la méthode décrite plus haut, bien qu'elle soit née à la Clinique Baudelocque.

Je ne puis donc, pour la juger, que m'appuyer sur un très petit nombre de faits.

Que retirer de ceux-ci, sinon que les résultats du ballon de Champetier de Ribes employé comme dilatateur rapide sont des plus variables.

Comme agent destiné en même temps à provoquer et à accélérer l'accouchement :

Une fois (obs. II) le résultat a été *bon*. Trois heures ont suffi : il s'agissait d'une tertipare.

Une fois (obs. IV) chez une tertipare également, le ballon a été *impuissant* à obtenir le résultat désiré, puisque ce n'est qu'au bout de dix heures que la dilatation s'opérait *seule*, six heures après la chute du ballon resté inefficace pendant quatre heures de manœuvres.

Comme agent dilatateur simple :

Une fois (obs. I), *bon résultat :* en vingt minutes l'orifice utérin d'une primipare dilaté comme 1 franc est amené à la dilatation complète.

Une fois (obs. V), *résultat passable :* chez une primipare, un orifice dilaté comme 2 francs demande quarante-cinq minutes pour être complètement ouvert.

Une fois enfin (obs. III), résultat *très médiocre :* chez une

(1) DAVIS. *De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes à la Clinique Baudelocque du 1er juillet 1888 au 1er janvier 1899.* Thèse, Paris, juillet 1899.

quintipare il faut quarante-cinq minutes de manœuvres pour amener une dilatation de 5 francs à la dilatation complète.

Enfin, quelques détails puisés dans certaines observations que j'ai exposées dans le premier chapitre de ce travail ne font que confirmer l'inconstance des effets du ballon employé activement dans le but de pratiquer l'accouchement rapide.

1° Chez une tertipare enceinte de 7 mois, après perméabilisation du col au moyen du doigt, le ballon de Champetier est introduit. Manœuvré pendant vingt-cinq minutes, il n'amène pas la moindre modification. L'état général grave réclame plus de rapidité. La main entière passe l'orifice en huit minutes.

2° Au-dessus d'un orifice de primipare dilaté comme deux doigts, est placé un ballon de Champetier. En deux heures et quart l'orifice est amené péniblement à une dilatation comme une pièce de 5 francs. Au bout de quelques minutes, après avoir retiré le ballon, la main achève la dilatation.

3° Chez une éclamptique qui est à sa sixième grossesse à terme, les doigts franchissent le col et dilatent l'orifice comme une pièce de 5 francs en trente minutes. Un ballon de Champetier est mis en place et manœuvré selon l'usage. Après quarante-cinq minutes, pas d'effet appréciable produit. Le ballon est alors enlevé et en quelques instants la main entière passe et fait une dilatation qui permet l'extraction immédiate au forceps d'un enfant de 2,805 gr.

Il faut donc se rappeler que le ballon de Champetier, employé dans le but de provoquer et de terminer rapidement l'ouverture de l'utérus, *est souvent beaucoup trop lent pour répondre à l'urgence de certains cas cliniques.*

C'est là un inconvénient qui, dans le cas particulier, compte bien plus à mon sens que certaines objections que l'on a coutume d'adresser au ballon de Champetier de Ribes.

On lui a reproché de refouler la partie fœtale, de l'éloigner du détroit supérieur, de transformer quelquefois la présentation. J'avoue que dans les circonstances qui nous occupent, ce ne sont pas ces considérations qui me feraient me priver de

l'emploi de cet instrument. Si l'on désire conserver en bas la tête du fœtus, un palper un peu attentif fera toujours reconnaître sa situation ; puis, au moment de l'expulsion du ballon, les mains accompagneront ou ramèneront le pôle céphalique à l'entrée du petit bassin, dans les cas, bien moins fréquents qu'on veut bien le dire, où la tête s'attarde dans une fosse iliaque. De plus, il arrive qu'après la sortie du ballon, l'idée de l'opérateur est de terminer l'accouchement par version interne. Qu'importe alors et même n'est-ce pas un avantage si la tête rétropulsée ou rétropulsable laisse libre le chemin vers les pieds du fœtus?

Une autre objection qui me paraît bien plus sérieuse résulte de l'impossibilité de son application. Il peut arriver et il arrive que la partie fœtale en présentation ne peut pas être déplacée. Elle est logée dans le segment inférieur distendu et le liquide amniotique est peu abondant. Le sommet, par exemple, est descendu à fond du bassin ; le segment inférieur aminci le calotte exactement. Survient brusquement une indication de vider l'utérus au plus tôt. Il est certain que chercher alors à introduire le ballon gonflé, c'est-à-dire cette masse plus grosse que le poing, dans le segment inférieur qui est complet, constituerait une manœuvre dangereuse sinon impossible.

Mais à côté de tout cela, il faut rendre à César ce qui appartient à César, et on ne devra pas oublier que dans les cas où il peut être placé et où il est susceptible d'amener assez vite le résultat désiré, il possède sur tous les autres procédés non sanglants une supériorité incontestable : *gonflé à bloc, il amène à la suite de son extraction une dilatation complète, absolue, qui permet l'extraction immédiate et rapide, sans résistance au niveau de l'orifice, d'un beau fœtus à terme.*

« Je propose, disait en effet Champetier de Ribes en 1878, de transformer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à la tête. »

Et en réalité, après l'extraction du ballon inextensible rempli de 640 gr. de liquide (33 centim. de circonférence), l'extraction du fœtus est aussi facile que celle du second enfant dans un

accouchement gémellaire par la voie qu'a largement ouverte le premier.

Jetons maintenant un dernier coup d'œil sur les trois derniers exemples qui nous ont manifestement prouvé la *possibilité* de l'inefficacité du ballon comme agent de dilatation rapide, et remarquons que dans ces 3 cas l'intervention de la main a été très rapidement efficace.

C'est cette dernière méthode, la *dilatation manuelle*, qui va terminer l'exposé des procédés de provocation et de terminaison artificielle rapides de l'accouchement.

III. — **Dilatation manuelle.** — La dilatation manuelle, seule en honneur pendant très longtemps faute d'instrumentation, tomba plus tard dans le même discrédit que l'accouchement forcé dont elle constituait le prélude obligé.

Actuellement, après la mise au jour d'un grand nombre d'instruments, et la preuve du flagrant délit de dangereuse impuissance de la plupart d'entre eux, la main semble redevenir l'instrument de choix.

« A nos yeux, dit Eliot (1), nos doigts sont le meilleur et le plus sûr de nos instruments, parce que la force employée est active, permet l'appréciation de ce qui est fait et est entièrement soumise à la volonté du chirurgien. La main est douce, apprécie les progrès de la dilatation ; peut se rendre compte du relâchement d'un orifice rigide, reconnaître les déchirures du col et préserver intactes les membranes. Ces avantages ne peuvent être invoqués en faveur d'aucun des instruments communément employés. Aucun ne nous donne de renseignements précis sur le degré des dégâts commis ; ils ne nous disent qu'une chose, c'est que la dilatation obtenue est suffisante pour permettre l'introduction d'un dilatateur de dimensions plus considérables, ou bien que nous pouvons en introduire un autre puis encore un autre, et ainsi de suite... Ce ne sont que

(1) ELIOT. Accouchement forcé in certain obstetrical complications. *Journ. of Am. med. Ass*, Chicago, 1893, XXI, 342.

des machines... Combien d'entre nous, appelés pour faire un accouchement, possèdent tous ces instruments, et, s'ils les possèdent, les emportent avec eux ? Pourquoi irions-nous nous embarrasser d'instruments quand nous portons avec nous le meilleur et le plus sûr de tous, nos doigts ? »

M. Bonnaire se déclare de même nettement partisan de la dilatation manuelle :

« Les sacs hydrostatiques, dit-il, comme les dilatateurs métalliques sont des instruments dont on ne peut apprécier à tout instant l'action sur le tissu musculaire de l'utérus. Le travail mécanique qu'ils fournissent n'est pas toujours strictement équilibré avec le degré de résistance du col et les effets produits dont l'exagération se traduit par la déchirure du col, ne peuvent pas toujours être prévus à temps. Pour peu donc que les tissus maternels aient conservé quelque tonicité et résistance, leur emploi dans le but d'obtenir une dilatation très rapide ne peut être inoffensif qu'entre des mains très prudentes et particulièrement expérimentées.

« A la dilatation instrumentale il faut, en conséquence, préférer, quand elle est possible, la dilatation manuelle. Avec cette manière de faire point n'est besoin d'un outillage spécial, que l'urgence des circonstances ne laisse pas toujours le loisir de préparer. La main gradue son effet selon les modalités de la résistance du col et elle contrôle en même temps à tout instant les effets obtenus. »

Sans vouloir discuter pour le moment la valeur de la dilatation manuelle, ce que nous ne pourrons faire que faits en main, voyons comment cette méthode peut être mise en pratique.

Nous savons déjà comment Mauriceau, Portal, etc., dilataient l'utérus avec la main. Après avoir introduit l'index, le médius, puis l'annulaire, ils glissaient le pouce et le petit doigt à la faveur des trois autres, « et avec iceux ils formaient une sorte de speculum matricis ». De la Motte et Puzos intervenaient d'une façon identique. Mais au début de ce travail j'ai assez longuement parlé de ces diverses manœuvres pour que je n'y

revienne pas à nouveau. Je tiens seulement à rappeler que cette dilatation manuelle était une *dilatation d'accouchement forcé*. Ainsi que je le disais, dans l'esprit de tous ces auteurs cette dilatation n'avait qu'un objectif, celui de faire pénétrer la main dans l'utérus afin d'accrocher un pied et d'extraire le fœtus *de force* à travers l'orifice incomplètement dilaté. Leur dilatation était une *manœuvre d'introduction*, et non point *un procédé de dilatation* au sens obstétrical actuel du mot, c'est-à-dire un procédé de cette ouverture préalable suffisante de l'utérus qui doit précéder toute extraction.

Le procédé plus récent de Rizzoli (1834) ne cherchait pas à mieux faire : « On fait fixer le fond de l'utérus, ou on le fixe soi-même de la main gauche. Puis, la main droite glissée dans le vagin, on introduit l'index dans l'orifice du col. Dès qu'il s'est fait un chemin suffisant, on y glisse le médius et à l'aide de ces deux doigts on écarte, on dilate l'orifice. Ce résultat obtenu, on introduit les cinq doigts réunis en cône et, s'il s'agit d'une version, la main et le bras; si c'est une application de forceps, *dès que l'orifice est suffisant pour admettre les cinq doigts, on introduit et on place doucement les cuillers.* »

Le procédé de Rizzoli n'est donc qu'une copie de la pratique des anciens auteurs du XVII[e] siècle, et la dernière phrase que je citais montre bien qu'il n'est encore qu'un *procédé d'accouchement forcé*, avec la destination particulière que nous savons.

La dilatation manuelle rajeunie, *appliquée à l'accouchement accéléré* et non plus à l'accouchement forcé, doit satisfaire aux règles de la physiologie générale de l'accouchement et, par suite, *doit rechercher autant que possible* à exécuter une dilatation telle de l'orifice utérin, que l'extraction se fasse *sans force* et sans dommage pour les parties maternelles.

C'est le but poursuivi par toutes les méthodes actuelles, dont la plus ancienne est toute récente puisqu'elle n'est vieille que de six ans. Elle a été publiée par le D[r] Marx en 1894.

Procédé de Marx (1). — « L'orifice admet d'abord un, puis deux doigts, et enfin, peu à peu, la main en fuseau peut être introduite au-dessus de l'orifice. La main est alors fermée, puis retirée avec douceur. On comprend, si elle était retirée brusquement, avec quelle facilité on pourrait provoquer une déchirure de l'utérus. La main fermée agit de la même façon que le ballon de Tarnier qui, introduit vide dans l'utérus est ensuite gonflé et est expulsé progressivement.

Après avoir retiré le poing doucement à travers l'orifice, celui-ci offre alors une dilatation d'un diamètre de 10 centim. ce qui est bien suffisant pour le passage d'un enfant ordinaire. Puis on rupture les membranes et on termine l'accouchement. »

A la suite de la description de son procédé, le Dr Marx publie cinq observations, mais qui sont si pauvres de détails concernant le point qui nous intéresse que je ne prends pas la peine de les reproduire.

Je dois dire que l'an dernier, sans connaître le travail de cet accoucheur américain, j'eus l'occasion d'agir d'une façon identique. Après avoir glissé ma main allongée à travers un orifice très dilatable, je fis accoucher la femme de mon poing fermé avec la plus grande facilité. Ce procédé ingénieux semble, à priori, assez recommandable. Un poing fermé de moyen volume représente une circonférence de 28 centim. à peu près ; tandis qu'une tête fœtale bien fléchie, de dimensions normales et casquée du forceps a 33 ou 34 centim. en circonférence minima. Comme circonférence l'écart est faible, et dans ces conditions une extraction doit pouvoir être faite assez vite, tout en restant prudente. Mais enfin il y a un écart; le procédé n'est donc pas idéal, et si après le passage du poing l'orifice n'est pas extensible, une extraction trop vite faite peut être l'occasion de déchirures.

Le procédé ne serait du reste pas applicable aux cas où le segment inférieur plus ou moins bien appliqué sur la partie fœtale non rétropulsable n'admettrait pas le poing fermé dans sa cupule déjà pleine.

---

(1) Marx. Accouchement forcé. *Medical Record*, New-York, juillet 1894.

PROCÉDÉ DE HARRIS DE PATERSON. — Voici en quels termes cet auteur expose son procédé (1).

« La condition indispensable de son exécution, c'est qu'on puisse introduire l'index jusqu'à son plus large diamètre.

« L'index introduit, si l'on retire le doigt de manière que la dernière phalange seulement soit à l'entrée du col, on pourra généralement introduire le pouce à côté de l'index.

« Quand les extrémités de l'index et du pouce seront placées dans l'anneau et le second doigt fortement recourbé (le col restant dans une position latéro-dorsale), nous n'avons qu'à garder l'index et le second doigt mis l'un contre l'autre pour former une sorte d'encoche, d'où l'anneau formé par le col utérin ne pourra pas sortir facilement. Pour faciliter ma description, je désignerai cette manœuvre sous le nom de *première position manuelle* ou, pour être plus correct, *première position digitale de dilatation.*

« Le pouce qui repose le long de l'index se trouve alors porté en avant aussi loin que le permet la largeur du col. Une dilatation considérable peut être ainsi obtenue en continuant ce mouvement du pouce. Mais nous obtenons une dilatation bien plus grande et bien moins fatigante si nous maintenons le pouce immobile sur l'index et si nous accomplissons le mouvement en fléchissant ensemble l'index et le deuxième doigt. Ensuite, quand nous avons gagné un peu de chemin, nous glissons légèrement l'index et le deuxième doigt, ce qui permet au pouce d'avancer ; puis arrivé à ce résultat nous replaçons le pouce contre l'index. Dans cette position nous avons toujours un point d'appui et les flexions de l'index et du deuxième doigt continuent la dilatation.

« Au bout de quelque temps, nous étendons de nouveau les doigts, ce qui permet au pouce de se porter toujours en avant vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Puis, le mainte-

(1) HARRIS. *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,* Paris, décembre 1894.

nant fortement sur l'index, nous renouvelons la flexion à l'aide de l'index et du second doigt.

« Si les flexions ont été faites d'une façon régulière, nous devons être capable de passer alors le pouce, l'index et le deuxième doigt. C'est ce que j'appellerai la *deuxième position*.

« Pendant toute cette période, la position du premier doigt par rapport au pouce n'a pas changé. Le col qui entoure le pouce et les deux premiers doigts repose sur la face dorsale du troisième doigt, comme il reposait sur celle du deuxième dans la première position.

« La force qu'on possède pour élargir provient de l'immobilité du pouce sur le premier doigt, tandis que la pression est obtenue en courbant l'index, le second et le troisième doigt, de la manière décrite plus haut. Au bout de peu de temps, la dilatation est suffisante pour laisser passage au troisième doigt.

« C'est ce que j'appelerai la *troisième position*. Le col, toujours suspendu au-dessus du pouce, a maintenant son point de pression entre le troisième doigt et la face latéro-dorsale du quatrième doigt, nous continuons les flexions avec tous les doigts et nous continuons à abaisser, en étendant les doigts et le pouce vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Bientôt nous pourrons introduire le pouce et les quatre doigts et nous arriverons à la *quatrième position*.

« Ici encore la dilatation s'obtient par la flexion des doigts, quoique l'index et le second doigt soient plus courbés que le troisième et le quatrième.

« La limite de la dilatation, dans la quatrième position, est environ de 23 centim. de circonférence, pour une main ordinaire. L'extrême limite de la dilatation facile, dans la quatrième position, ne dépassera pas cette mesure, ce qui est à peine suffisant pour entrer la main entière. Il faut donc avoir recours à la *cinquième position*, dans laquelle le col entoure les premières phalanges des doigts et la seconde ou dernière phalange du pouce.

« Le mouvement que réclame cette position est l'extension du pouce et de tous les doigts ; en même temps il faut recourber

les doigts pour diminuer leur empiètement sur la paroi intra-utérine. Une manœuvre moins fatigante, et peut-être plus efficace, est la *sixième et dernière position.* Il s'agit de forcer le col à entourer les os de la seconde phalange et de la première phalange du pouce.

« Dans ces deux dernières positions, le cercle de dilatation dépassera la mesure de la main d'au moins 7 centim. Ceci naturellement constitue une ouverture plus grande que celle nécessaire à l'introduction de la main dans l'utérus.

« Pendant toutes ces manipulations la main repose sur le vagin et si doucement que si le travail est bien fait les spectateurs ne peuvent apercevoir les mouvements du poignet dans la vulve. On n'a besoin ni de tirer ni de pousser sur le col.

Il est dilaté *in situ*, tandis que l'empiètement à l'intérieur de l'utérus est réduit au minimum, en recourbant l'extrémité des doigts dans toutes les positions. Toute main peut supporter la fatigue de cette manœuvre, si la dilatation est possible. »

Ce procédé de Harris de Paterson, original dans le début de son exécution, et dont la description, je l'avoue, est pour moi un peu confuse, me paraît répondre pour son dernier temps à ce tour de main que certains accoucheurs ont employé dans leur pratique.

Nous en trouvons un exemple dans une observation de Tarnier (*Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1892). M. Tarnier en explorant du doigt le moignon cervical non effacé et encore fermé est frappé de la facilité avec laquelle il pénètre dans l'utérus et fait céder sous sa pression les parois du canal cervical. A côté de l'index il glisse un second doigt dans le col. Après avoir exercé quelques massages excentriques il en introduit un troisième. Au bout de quelques instants le quatrième doigt pénètre sans effort dans l'utérus; enfin la main entière disposée en cône et continuant à exercer de lents et continus mouvements de divulsion, franchit l'orifice interne de l'utérus. *En écartant alors les doigts*, M. Tarnier *amène le pourtour du col en contact avec les parois pelviennes.*

C'est ainsi encore que dans la thèse de M. Mortagne (déjà

citée), nous saisissons que telle est ou était, à peu près, la façon d'agir de M. Ribemont-Dessaignes. On trouve dans l'observation XIII de ce travail : « Il peut successivement glisser les doigts dans l'orifice et peu à peu en les réunissant en cône et en exerçant des mouvements de vrille, il finit par introduire toute la main dans l'utérus... *En écartant les doigts, il dilate le col autant que possible.*

Entre les mains de M. Ribemont-Dessaignes, cette méthode a réussi en maintes circonstances :

1° Chez une primipare éclamptique dont le col est dilaté comme 2 francs, la dilatation manuelle permet d'extraire au forceps (en un temps non signalé) un enfant vivant de 2,610 grammes.

2° Tertipare. — Hémorrhagie grave, col intact. Dilatation avec une seule main en quelques minutes. Extraction facile par version, puisque toute l'intervention a duré dix minutes, d'un enfant mort de 4,380 grammes.

3° XIpare. — Grossesse de 7 mois et demi. Hémorrhagie grave ; col intact. Dilatation manuelle qui *bientôt* (?) est suffisante pour pratiquer sans difficulté l'extraction par version d'un enfant qui a cessé de vivre.

4° Xpare. — Orifice trouvé dilaté comme 5 francs. Dilatation manuelle pratiquée lentement. Version, sans aucune difficulté, d'un enfant vivant de 3,250 grammes.

5° Primipare. — Col dilaté comme 1 franc. Dilatation manuelle (en un temps non signalé). Extraction facile, au forceps, d'un enfant de 3,220 grammes.

6° Primipare. — Col à peu près effacé, déhiscent à passer deux doigts. Dilatation manuelle *bientôt* (?) suffisante pour appliquer le forceps. Symphyséotomie. Extraction, sans la moindre lésion du col, d'un enfant de 2,950 grammes.

De même que M. Ribemont ne me paraît pas avoir agi sous l'inspiration de Harris de Paterson, de même c'est sans vouloir imiter l'un ou l'autre que dans presque tous mes cas de dilatation manuelle j'ai employé, pour parfaire la dilatation, un tour de main à peu près analogue. Un, deux, trois doigts vont doucement et progressivement passer l'orifice, en s'insinuant entre

la partie fœtale et la calotte perforée qui la coiffe, si la tête ne peut être déplacée. Quatre doigts puis les cinq en faisceau vont ensuite franchir l'orifice, ne pénétrant qu'autant que les tissus paraissent s'assouplir et facilement céder. Enfin, à mesure que la partie large de la main passe le cercle, le faisceau digital s'épanouit au-dessous de la tête fœtale qu'il embrasse en la déplaçant le moins possible. Ce faisceau digital épanoui représente une sorte de tronc de cône à cinq branches ; il est disposé comme un parapluie à cinq baleines, introduit fermé, la pointe en bas, et que l'on ouvrirait après son passage au-dessus de l'orifice.

La main ainsi disposée, avec ses doigts divergents, est alors retirée vers l'orifice en tournant constamment de droite à gauche et de gauche à droite.

Si le col est souple, on sent bientôt la dilatation se compléter sous les doigts.

Voici les bons résultats que m'a donnés cette méthode :

1° Chez une secondipare à terme (premier accouchement remontant à 14 ans), le col est trouvé incomplètement effacé. La dilatation unimanuelle est complète en trente minutes. Extraction au forceps d'un enfant vivant de 2,370 gr., sans résistance ni déchirures.

2° Primipare, col effacé. Par la méthode décrite plus haut, la dilatation est complète en six minutes. Extraction au forceps en trois minutes sans la moindre lésion d'un enfant vivant de 2,180 grammes.

3° Primipare agonisante (éclamptique), orifice dilaté comme deux doigts. Dilatation complète en quatre minutes. Application de forceps qui amène, sans résistance, un enfant mort de 2,400 grammes.

4° Secondipare à bassin rétréci. Col déhiscent non effacé. Dilatation manuelle complète en douze minutes. Symphyséotomie. Extraction au forceps d'un enfant de 2,320 gr., sans la moindre lésion du col ou du périnée.

Cette dilatation unimanuelle, que je pourrais appeler *complétée*, par opposition aux procédés des accoucheurs du XVI° siècle et à celui de Rizzoli, est donc susceptible d'ouvrir très vite un orifice utérin, de telle sorte qu'un fœtus à terme soit extrait instantanément sans résistance ni lésions du col.

Ce procédé a un avantage : une seule main se fatigue à la fois ; il y a donc toujours une main de renfort prête à suppléer la main active qui devient rapidement lasse lorsque le col oppose une certaine résistance.

Mais il a un gros inconvénient, c'est d'échouer quelquefois dans son second temps lorsque l'orifice n'est pas assez souple. Le faisceau digital épanoui n'est pas suffisamment fort, et il se fatigue ou se ferme devant un anneau qui ne lui cède pas rapidement.

C'est ce qui est arrivé à M. Ribemont dans 2 de ses observations :

1° Tertipare. — Siège avec procidence du cordon. Dilatation comme 1 franc. Intervention manuelle (en un temps non signalé). Extraction du siège. Le col n'est pas uniformément dilaté. La lèvre postérieure est demeurée saillante et constitue une sorte de cupule où la fesse postérieure est venue se loger. L'index refoule cette cupule, et la refoule autant que possible pendant que des tractions soutenues et énergiques finissent par dégager le siège. Le reste de l'extraction est peu difficile. Enfant de 4,598 gram. ranimé après une demi-heure d'insufflation.

2° Col incomplètement effacé, chez une tertipare ; procédant lentement et avec la plus grande douceur, M. Ribemont introduit successivement les quatre derniers doigts. *Malgré la dilatation incomplète*, on tente une application de forceps. Le col s'abaisse avec la tête, mais on parvient à le refouler au-dessus de la tête. De ce fait l'extraction lente a demandé vingt-cinq minutes.

Trois fois également j'ai rencontré la même difficulté, aboutissant à une dilatation insuffisante que j'ai dû déterminer en recourant à d'autres moyens.

1° Chez une tertipare enceinte de 7 mois, le col intact est absolument fermé. La main entière passe en huit minutes après sa perméabilisation, mais ne peut agrandir l'orifice au delà. Aussi à l'extraction de la tête dernière, celle-ci est arrêtée quatre minutes avant de franchir l'orifice utérin (enfant déjà tué par une abondante hémorrhagie rétro-placentaire).

2° Un col non effacé de primipare laisse passer très facilement et en huit minutes toute la main en fuseau ; mais la dilatation ne peut pas être poussée plus loin par le procédé en question. Je termine alors par la méthode de Bonnaire qui en sept minutes me donne une dilatation à peu près complète.

3° Chez une primipare de 37 ans où le cône manuel ne peut traverser le col qu'après d'extrêmes difficultés, la dilatation ne peut être poussée plus loin. Il est vrai que dans cette circonstance d'autres procédés, ballon ou manœuvre de Bonnaire, ne réussirent pas davantage.

Ce procédé unimanuel ne réussit donc à donner une dilatation complète que lorsque l'orifice est souple. C'est précisément en raison des difficultés que l'on peut éprouver pour achever la dilatation avec une seule main que le procédé de Bonnaire peut rendre de grands services.

Procédé de Bonnaire. — Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description de Bonnaire (1):

« La femme est anesthésiée profondément et disposée en position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum. Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices, on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe et on imprime au doigt le mouvement de vrille. Ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne et on le fait céder de la même manière. Dès qu'elle a pénétré dans l'orifice interne, l'extrémité digitale déprime en tous sens le pourtour par un véritable massage excentrique ; on prend soin, dès le début de la manœuvre, de pénétrer le moins possible dans la cupule du segment inférieur pour éviter de décoller les cotylédons du placenta. (Cette description provient d'un article où M. Bonnaire s'occupait spécialement du traitement du placenta prævia par l'accouchement méthodiquement rapide.)

« On glisse alors l'index gauche à côté du droit en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue si le col est court, et mieux encore s'il est en voie de dilatation ; la mise

(1) Bonnaire. *Revue médicale,* 14 août 1894.

en place des deux index sur l'orifice interne est des plus faciles. S'il a, au contraire, conservé toute sa longueur et si en même temps il est haut situé en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne, on fait abaisser le globe utérin par un aide; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible; on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers et en même temps on les entraîne par en bas. L'une après l'autre les deux pulpes digitales glissent par une sorte de reptation à la rencontre de l'orifice interne à mesure que celui-ci est attiré vers elles et elles finissent par prendre sur lui une assise solide.

« Dès lors ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre. La force est exclusivement deployée par les fléchisseurs des doigts; les lèvres du col, déprimées en des points diamétralement opposés, prennent la forme d'une boutonnière. On déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et à distendre les parois du col en tous sens. La pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups ; elle doit être progressive autant que le permettent la vigueur de l'opérateur et la résistance des tissus; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical ; on doit le fatiguer et non pas le violenter. Au cas où la pulpe des doigts perçoit de petits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture interstitielle de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort et de changer ses points d'application.

« L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite; les trois doigts adossés deux à un continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour. Le col est distendu dès lors par quatre doigts, appuyant deux à droite, deux à gauche ; le déploiement de force devient plus considérable, et en même temps moins fatigant. On continue ainsi jusqu'à ce que

l'auriculaire de l'une et de l'autre main puisse être introduit à côté des autres doigts. A partir de ce moment les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation; toujours adossées par les articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible. »

Les efforts ne sont pas continus. M. Bonnaire coupe son intervention par des pauses, sans retirer les doigts du col, bien entendu. Ces instants de repos n'ont pas seulement pour but de ménager les forces de l'accoucheur, mais aussi pour effet de laisser reposer l'utérus lui-même en se rapprochant ainsi, autant que possible, du travail physiologique dans lequel les douleurs sont séparées par des intermittences.

Le procédé de Bonnaire a à son actif de nombreux succès. En huit, dix, vingt minutes des cols déhiscents mais non effacés ont pu être suffisamment ouverts pour permettre une extraction fœtale facile. Est-ce à dire qu'il constitue une méthode parfaite de dilatation artificielle ?

Un avantage qu'on ne peut lui contester, c'est de *pousser la dilatation plus loin que ne le peut faire une seule main*, lorsque le col est tant soit peu résistant, et ceci avec une rapidité qui peut répondre à l'urgence du plus grand nombre de cas.

Mais à côté de cette supériorité que je me plais à lui reconnaître, M. Bonnaire ne m'en voudra pas, je pense, si j'ose formuler quelques reproches à son égard. Si je les formule, ce n'est pas tant, à vrai dire, à titre de griefs contre le procédé que pour mettre une sourdine à l'enthousiasme de certains auteurs qui me paraissent en vérité plus royalistes que le roi.

En premier lieu, je reprocherai à la méthode en question d'être très difficile à mettre en œuvre lorsque le col, non entièrement effacé n'est pas maintenu abaissé dans l'excavation par la partie fœtale. Pour ma part, dans deux circonstances où le col était élevé et mobile, mes doigts, que je ne considère pas comme

plus malhabiles que d'autres, n'ont pas pu opérer la manœuvre, bien que l'utérus fût abaissé par un aide.

M. Schwab a rencontré la même difficulté :

« Puis on introduit deux doigts et l'orifice utérin se sent sous la forme d'un anneau souple. La dilatation étant déjà un peu prononcée, nous essayons de la continuer suivant le procédé de notre excellent maître, M. Bonnaire... Mais cette manœuvre ne réussit pas, le col conservant sa longueur, glissant devant les doigts et remontant. Nous introduisons alors trois doigts de la main droite, puis quatre doigts, et nous dilatons le col en écartant le plus possible les doigts. On arrive ainsi à produire une dilatation de 5 francs environ.

« Nous faisons alors de nouveau la manœuvre de Bonnaire qui augmente la dilatation. »

En second lieu, j'estime que si le procédé bimanuel est susceptible de pousser plus loin qu'une seule main la dilatation d'un col qui résiste, il n'arrive pas à ouvrir l'orifice tout en grand quand il s'agit d'accouchement *provoqué* accéléré, ainsi que le peut faire plus doucement mais plus sûrement le ballon de Champetier de Ribes.

Je dis *d'un col qui résiste* pour mettre hors de question ces orifices tellement dociles que la simple introduction de la main, sans autre manœuvre de dilatation, permet d'extraire instantanément, tête première ou dernière, de beaux enfants vivants. Pour ceux-là tous les procédés sont bons, ainsi qu'en témoignent les faits heureux de Puzos, Rizzoli, etc... Je n'ai en vue que les cols qu'il est nécessaire de dilater en forçant d'une manière plus ou moins énergique avant de songer à l'extraction.

Or, je le répète, chez ces derniers, le procédé de Bonnaire, tout en les ouvrant d'une façon notable et beaucoup mieux que ne le peut faire une seule main, *ne les amène pas à la dilatation circulaire complète,* bien que de chaque côté les deux mains entraînent les bords de l'orifice au contact avec les parois du bassin.

Dans les observations de dilatation à la Bonnaire ayant trait à des femmes non en travail et dans lesquelles l'extraction est

notée comme ayant eu lieu sans résistance, nous trouvons des enfants de 6 mois à 7 mois et demi. Même pour les fœtus avant terme, le procédé ne donne pas toujours une place suffisante. Dans un cas publié par l'auteur lui-même, *au bout de vingt minutes d'efforts on put passer le forceps qui acheva de dilater assez le col pour extraire la tête d'un fœtus de six mois.*

Une fois cependant après la dilatation artificielle, la version permit d'extraire immédiatement et sans à-coup un enfant de 3,320 gr. Il s'agissait *d'une femme de 34 ans qui avait déjà accouché 12 fois à terme.* J'incline à croire que le col était ici un de ces cols dociles auxquels je faisais allusion tout à l'heure, et vis-à-vis desquels tous les procédés sont bons.

D'une façon générale, *toutes les fois que l'enfant est à terme ou près du terme et le travail non commencé, l'extraction qui suit la dilatation manuelle est un moment arrêtée par le cercle utérin insuffisamment dilaté et assoupli.*

C'est ce que montre un fait de M. Schwab (grossesse au huitième mois) : « Nous faisons de nouveau la manœuvre de Bonnaire qui *augmente* la dilatation. Cela fait, nous rompons les membranes et appliquons le forceps sur la tête que nous faisons fixer en D. T. Puis nous faisons des tractions lentes et soutenues *pour augmenter la dilatation.* Tout d'abord, le col résiste en formant une ellipse transversale ; mais petit à petit nous arrivons à faire franchir le col à la tête sans qu'il se produise de déchirure au niveau du col. »

C'est également ce qui m'est arrivé deux fois, une entre autres où la dilatation était déjà cependant franchement lancée.

Chez une primipare où la dilatation fut poussée à l'extrême par la méthode de Bonnaire, l'extraction de la tête dut être un peu lente, sept minutes, l'orifice utérin opposant une certaine résistance avant de se laisser traverser. Enfant de 2,270 gr., mort par hémorrhagie rétro-placentaire.

Chez une tertipare en travail, dont l'orifice, cependant très dilatable, était comme une pièce de 5 francs, je pratiquai aisément en six minutes, par le procédé de Bonnaire, une dila-

tation aussi complète que possible. Application de forceps sur une grosse tête. La résistance de l'orifice utérin insuffisamment dilaté retarde l'extraction qui demande quatorze minutes. Enfant vivant de 3,260 grammes.

Dans les observations publiées par M. Demelin dans son travail sur la dilatation artificielle du col *(l'Obstétrique*, 1898) et où la manœuvre de Bonnaire permit d'extraire le fœtus sans résistance, je remarque que le plus souvent l'opérateur attaquait l'orifice utérin alors que la dilatation spontanée atteignait déjà les dimensions d'une pièce de 5 francs ou d'une paume de main.

Je tiens enfin maintenant à mettre au point un petit côté de la question, celui de *l'avantage du contact du col avec la face palmaire des doigts.*

« En agissant, dit M. Mortagne dans sa thèse, avec la pulpe des doigts dont la sensibilité tactile est infiniment plus développée et plus exquise que celle de la face dorsale, l'accoucheur est renseigné mieux qu'avec les autres procédés sur le degré de résistance des tissus ; il est plus à même, par suite, de proportionner la force déployée à cette résistance et d'éviter une déchirure imminente. »

M. Petit, dans sa thèse de 1899, part du même pied :

« Le point important évidemment est de procéder méthodiquement avec le col et d'être aux aguets de sa moindre plainte ; voilà pourquoi il faut que l'accoucheur ait à sa disposition un instrument aussi parfait que possible ; voilà pourquoi il faut qu'il fasse effort avec la face sensible et intelligente des doigts. *Elle seule l'avertira des progrès acquis*, des menaces du danger, points faibles au début de déchirure. Elle seule, *appareil enregistreur et régleur automatique*, permettra de mener à bien une opération rationnelle et prudente.

Le fait de mettre en contact avec les tissus du col la face palmaire constitue, pour la méthode de Bonnaire, une grande et incontestable supériorité. »

J'avoue que je reste dans l'admiration devant *cet appareil enregistreur et régleur automatique*, mais ici comme ailleurs,

j'ai la faiblesse de préférer à ces ingénieuses arguties des faits précis, cliniques ou anatomo-pathologiques.

Or, j'ai beau fouiller dans les observations anciennes ou récentes, *si nombreuses* et *appartenant aux auteurs les plus divers*, où la dilatation fut effectuée avec une seule main (face inintelligente des doigts), je n'y trouve pas un fait de déchirure commise pendant l'ouverture du col.

Le malheur veut, par contre, que dans le nombre encore relativement restreint de dilatations par la méthode de Bonnaire, je déniche deux cas où le col fut déchiré pendant la manœuvre de dilatation : l'observation XIV de la thèse de Mortagne et l'observation XXVII du travail de Demelin.

«... Des tractions continues sont effectuées sur cet orifice dont la résistance est extrême ; néanmoins M. Bonnaire sent sous ses doigts la dilatation se produire. Au bout de dix minutes environ, le toucher permet de reconnaître un orifice dilaté comme une grande paume de main... A ce moment M. Tarnier pratique le toucher : il constate que la dilatation est grande comme une paume de main, *mais qu'il existe sur la lèvre antérieure du col une petite déchirure*. D'après lui, c'est grâce à cette petite déchirure que la dilatation a pu se parachever (Mortagne). »

« Hôpital Saint-Louis, 22 janvier 1898. — Primipare à terme, en travail depuis deux jours. Bassin un peu rétréci...

A la dilatation, large comme la paume de la main, les battements fœtaux deviennent irréguliers. Col œdématié. Chloroforme. Dilatation à la Bonnaire. *L'orifice se déchire superficiellement en deux ou trois points*. Forceps en D. T. Extraction simple en O. P., d'un enfant vivant. Déchirure du col n'atteignant pas les culs-de-sac. Suites bonnes (Demelin). »

Vais-je profiter de ces deux faits pour incriminer la méthode de Bonnaire et lui reprocher ces déchirures ? Pas du tout ; je me bornerai à les considérer comme un simple incident pouvant survenir (rarement du reste) au cours d'une dilatation manuelle, quel qu'en soit le procédé.

En général, la déchirure du col que l'on peut observer après

l'accouchement qui suit une dilatation manuelle est le résultat des manœuvres d'extraction et non pas des efforts prudents de dilatation, que celle-ci ait été l'œuvre des doigts par leur face intelligente ou non.

En terminant ces quelques critiques, je tiens à faire remarquer encore qu'elles s'adressent bien plutôt à certains partisans un peu outranciers qu'à la méthode elle-même que j'emploie lorsque l'occasion s'en présente, en lui reconnaissant le précieux avantage sur lequel j'ai insisté au début.

***

Après avoir ainsi essayé de passer au crible les différentes méthodes qui peuvent prétendre à l'exécution de la provocation et de la terminaison artificielle rapide de l'accouchement, peut-être sommes-nous maintenant en mesure de choisir.

Notre étude nous permet d'abord d'écarter d'une façon absolue les dilatateurs métalliques, ce qui nous laisse en la seule présence du ballon de Champetier et de la main. Entre les deux, devons-nous immédiatement choisir et opter uniquement pour l'un à l'exclusion de l'autre ? Je ne le crois pas ; ici comme en tout il faut savoir être éclectique ; il est sage de conserver le ballon et la main et d'employer l'un ou l'autre, suivant les circonstances, ou, pour mieux dire, selon les avantages qu'ils peuvent offrir en présence d'un cas donné.

Mais avant d'indiquer quels peuvent être les avantages respectifs du ballon et de la main, et même pour mieux les comprendre, je crois nécessaire de poser en principe ceci : *l'accouchement provoqué ne devra être accéléré que selon l'urgence.*

De même qu'il serait fou de brusquer une grossesse ou un travail où tout marche bien, de même il serait irrationnel de vouloir aiguillonner outre mesure une dilatation dont la terminaison ne réclame pas une précipitation excessive. L'accélération, je le répète, devra donc être réglée et mesurée selon l'urgence.

C'est en m'appuyant sur ce sage principe que je *me range nettement du côté du ballon toutes les fois que celui-ci sera*

capable de répondre à l'urgence que réclament la mère ou l'enfant.

Il est moins rapide que la main, c'est vrai ; mais bien mieux qu'elle, il efface, dilate, assouplit. La dilatation manuelle a l'inconvénient même de sa rapidité. J'ai souvent remarqué, en effet, que sous l'influence de la main ou des deux mains le col brusqué n'avait pas le temps de s'effacer. Il s'élargit outre mesure; et lorsqu'on a ouvert autant qu'il est possible, il arrive quelquefois que l'on pratique l'*extraction à travers une sorte d'entonnoir ou de manchette.*

Le travail lent du ballon est plus sûr et plus complet. Après son extraction on est certain que le fœtus peut être enlevé sans éprouver de la part de l'orifice utérin la moindre résistance, et ceci d'autant mieux que les choses ont été moins précipitées.

C'est là l'immense supériorité du ballon de Champetier sur les procédés manuels, supériorité qui me le fait adopter pour les cas où l'on voit que l'on a un peu de temps devant soi, quitte à le remplacer par la main plus rapide, mais moins parfaite, s'il devient indispensable de vite terminer. Nécessité fait loi.

Si l'indication est d'emblée d'aller au plus vite; si la vie de la mère ou de l'enfant, voire de l'un et de l'autre, sont sous la dépendance de la rapidité de l'opération, la main immédiatement entrera en scène. Mais nous voici en face de deux procédés : le vieux procédé unimanuel et le procédé de Bonnaire.

D'après ce que j'ai exposé tout à l'heure, je crois *plus facile et tout aussi efficace de n'attaquer le col qu'avec une main jusqu'à ce que celle-ci ait tout entière pénétré dans l'utérus.*

Le fond de l'utérus étant maintenu par la main gauche, l'index droit en glissant ou en tournant en vrille, force le canal cervical. Il le franchit, masse et élargit autant qu'il peut en se recourbant en crochet. Puis il se retire et revient en compagnie du médius. Ces deux doigts vont agir comme le faisait l'index seul, puis s'adjoindront l'annulaire et ensuite le petit doigt. Enfin, le pouce se glissera à son tour et c'est maintenant le cône manuel, en tournant alternativement de droite à gauche, qui va attaquer, puis passer l'orifice utérin.

Les observations que j'ai déjà citées, celles des auteurs du XVII[e] et du XVIII[e] siècle, celles de Rizzoli, Verardini, Belluzi, celles de Ribemont-Dessaignes, de Demelin, les miennes, montrent avec quelle facilité et quelle rapidité la main en fuseau arrive à franchir le col, surtout dans les circonstances qui commandent la terminaison rapide de la grossesse et de l'accouchement. Trois, quatre, six, huit minutes suffisent souvent à son introduction sans violence.

Dans les cas très heureux où le col particulièrement dilatable se laisse ouvrir sans résistance par le faisceau digital épanoui, ou lorsque le fœtus est petit, on peut, sans autre manœuvre, accrocher un pied ou appliquer le forceps et extraire. Mais le plus souvent, une fois la main dans la place, l'accoucheur a la sensation que le col résiste encore et pense sagement qu'il serait téméraire de tenter une extraction à travers ce passage insuffisant. *Il faut donc parfaire la dilatation.*

Si le cas est toujours très pressant, la méthode de Bonnaire va nous être maintenant d'un précieux secours. Ici elle reprend tous ses droits, car très vite elle peut nous donner ce qu'une main seule est incapable de faire : *une dilatation à peu près complète, compatible avec une extraction immédiate et sans danger*. C'est cette combinaison des deux procédés à laquelle a eu recours Schwab dans un cas auquel j'ai déjà fait allusion, et c'est la conduite que j'ai moi-même suivie dans une observation déjà citée.

Mais si l'opérateur après avoir commencé la dilatation par l'introduction de la main dans l'utérus s'aperçoit à ce moment que l'orage est un peu calmé, pourquoi n'essaierait-il pas d'achever l'ouverture par le moyen plus lent, mais plus parfait, l'application du ballon.

Tandis que le ballon *manœuvré activement* était long à agir au-dessus d'un col non entièrement effacé ou au travers d'un orifice à peine dilaté, il est à croire que son action serait beaucoup plus prompte vis-à-vis d'un col traversé par la main entière qui a déjà fait le gros et le long de la besogne. La non résistance de l'orifice utérin serait alors certaine au moment de l'extraction

du fœtus et celle-ci serait pratiquée sans l'aléa que comportent toujours à cet égard les procédés de dilatation manuelle.

Au sujet de l'emploi combiné de la main et du ballon, je m'arrête sur un petit détail de pratique. Le ballon, introduit dans un orifice où vient de passer la main, tombe quelquefois au moment où la pince se desserre pour faire place au liquide. L'orifice est trop large. C'est pourquoi, dans ces circonstances. je préfère de beaucoup *l'introduction manuelle du ballon*. La main droite après sa pénétration dans l'utérus est retirée, puis elle revient tenant l'instrument roulé et couché sur sa face palmaire et sur la face palmaire des doigts. Le bout de deux ou trois doigts, chargés du ballon, entrent de nouveau dans le col ou l'orifice,la main étant en supination.Puis l'index et le médius de la main gauche refoulent progressivement au-dessus du cercle le reste du ballon contenu dans la rainure formée par la paume de la main droite. En agissant ainsi, on arrive avec la plus grande facilité à introduire dans l'utérus tout le ballon tassé et chiffonné. La main droite toujours dans le vagin, le maintient en place au-dessus de l'orifice, jusqu'à ce que le liquide soit injecté en quantité suffisante.

Je crois pouvoir maintenant résumer en quelques mots cette question du choix du procédé de la dilatation artificielle dans l'accouchement provoqué accéléré, en rappelant que ce choix doit reposer sur l'urgence de la déplétion utérine :

1° Les cas qui ne réclament pas une terminaison très rapide seront justiciables de l'emploi du ballon de Champetier *manœuvré activement*, quitte à recourir à la main, s'il est trop lent ou si les événements viennent subitement à exiger une terminaison immédiate.

2° Ceux qui demandent une déplétion utérine aussi accélérée que possible veulent d'emblée l'intervention manuelle, manœuvre unimanuelle d'abord, suivie de la méthode de Bonnaire.

3° Les cas intermédiaires comme urgence pourront être heureusement traités par la combinaison, ou plutôt par l'emploi successif de la dilatation unimanuelle et du ballon manœuvré activement. *(A suivre.)*

DU CURETTAGE UTÉRIN AMBULATOIRE EXTEMPORANÉ

Par le Dr **François Boukoëmsky**
Médecin de l'hôpital civil d'Odessa.

Le curettage utérin, pratiqué avec succès par de nombreux gynécologistes pendant plus de trente ans, tient une place importante parmi les divers procédés thérapeutiques employés dans le traitement des maladies des femmes.

Robert, élève de Récamier, proposa le premier, en 1846, le curettage de la cavité utérine, mais ce ne fut qu'environ quinze ans plus tard, grâce aux travaux de Simon, de Kaltenbach, de Hegar et surtout d'Olshausen, que le curettage utérin se vulgarisa et commença à entrer dans la pratique courante.

Olshausen (1), dans sa dernière communication, indique les cas où le curettage peut être appliqué avec un succès complet : 1° après un avortement; 2° curettage ayant pour but d'abraser la muqueuse utérine hypertrophiée (endométrite fongueuse) ; 3° curettage dans le but d'édifier le diagnostic.

Dans les dix dernières années, une série d'auteurs, principalement français, publièrent des cas de curettage utérin dans les affections des annexes, dans les péri et paramétrites, dans les salpingo-ovarites aiguës et chroniques.

Walton (2) communique 7 cas d'affections chroniques ou aiguës des annexes où la guérison survint à la suite de la dilatation, puis du curettage de la cavité utérine.

Dans un cas de pelvipéritonite aiguë et dans un cas de salpingite suppurée, le pus des trompes s'écoula, après le curettage, dans la cavité utérine et de là, par le vagin, au dehors.

Poullet (3), Doléris (4), Cantin (5), Cuellar (6) communiquent des dizaines de cas où le curettage a été pratiqué avec succès dans les cas d'inflammation chronique des annexes; Doléris,

d'ailleurs, n'admet le curettage que dans les salpingites non compliquées. Cette proposition n'a pas eu de succès; dans les affections des annexes aiguës et chroniques, nous avons d'autres procédés plus anodins : telles les injections intra-utérines de teinture d'iode (Grammatikati) (17).

Dans les cas d'endométrite puerpérale, si la température est élevée, le curettage de la cavité utérine peut être appliqué avec succès comme moyen prophylactique aussi bien que comme moyen curatif (Massin (7), *Questions du jour dans l'art des accouchements*. Saint-Péterbourg, 1899, p. 60). Enfin, le curettage de la cavité utérine est pratiqué avec un certain succès comme moyen palliatif dans les fibromes de l'utérus.

Winckel (8) fut le premier qui proposa le curettage dans les fibro-myomes; plus tard, Villa (9) relate quelques curettages heureux dans les mêmes circonstances (les curettages ont été faits par Doléris). Coë (10), Walton (11), Runge (12), Pozzi (13) et d'autres ont agi de même. Le but principal du curettage est de supprimer la muqueuse utérine hyperhémiée et saignante.

Le dernier ouvrage appartient au Dr Kakouchkine (14), qui réunit 107 cas et en déduit la conclusion que le succès (arrêt plus ou moins durable des hémorrhagies) peut être obtenu en 80,4 p. 100 des cas.

Tels sont les cas où le curettage de la cavité utérine est pratiqué; nous ne ferons que mentionner les métrites chroniques, car dans ces affections, l'indication du curettage est classique.

Tout curettage utérin se fait d'habitude dans un milieu hospitalier ou bien au domicile de la malade. La malade est transportée de la table d'opération dans son lit, qu'elle garde ensuite de trois à cinq jours.

Le curettage n'a pas été pratiqué jusqu'aujourd'hui d'une façon ambulatoire. J'ai trouvé dans la littérature russe une communication du Dr Polouektoff (15) qui cite quatre succès sur 4 cas de curettage utérin ambulatoire. Au moment où la communication du Dr Polouektoff paraissait, j'avais déjà opéré plus de 30 cas dans mon ambulance.

Ce qui m'a poussé à essayer le curettage ambulatoire, c'est

le manque permanent de lits à l'hôpital civil d'Odessa, hôpital qui loge un nombre de malades double de celui pour lequel il avait été construit.

D'autre part, des médecins des environs envoyaient souvent à Odessa, pour être traitées à l'hôpital, des femmes atteintes de simple métrite fongueuse ou de métrite *post-abortum*, ne se décidant pas à faire le curettage eux-mêmes, car cette opération leur paraissait dangereuse. Toutes les malades envoyées furent ainsi curettées à l'ambulance.

Mon expérience m'a montré que le curettage utérin pourrait entrer dans la pratique courante même dans les endroits où il n'y a pas d'hôpital complètement organisé, mais seulement ce qu'on appelle « une station de secours médicaux », dirigée par un aide-médecin et qui ne comprend que deux ou trois lits (Zemstvo russe).

En 1900, j'ai reçu à mon ambulance de l'hôpital civil 5,593 malades atteintes des maladies de femmes; il fut pratiqué 154 curettages de la cavité utérine, ce qui fait 2,75 p. 100. Sur le nombre total de 154 curettages, 116 furent faits pour endométrite fongueuse et endométrite *post-abortum*, 35 pour avortement récent et 3 fois dans un but de diagnostic.

Un succès complet fut obtenu dans 102 cas; 14 fois il y eut de petites hémorrhagies ultérieures, qui se répétèrent au bout de une ou deux semaines et qui nécessitèrent un traitement complémentaire; j'ai l'habitude de faire dans ces cas six à quinze injections intra-utérines de teinture d'iode.

Je curettais non seulement des formes pures d'endométrite, mais aussi des cas où il y avait un certain gonflement des trompes et des ovaires; dans les salpingo-ovarites interstitielles, quand la trompe ne dépassait pas l'épaisseur d'un doigt et l'ovaire le volume d'un œuf de pigeon.

Dans 8 cas d'endométrite après avortement, artificiel sans aucun doute, il y avait des séquelles de paramétrite postérieure; même dans ces cas, le curettage ne fut suivi d'aucune complication. Dans 2 de ces 8 cas, il y eut ultérieurement quelques hémorrhagies qui furent guéries par des injections intra-utérines.

Dans 14 cas sur 116, les règles apparurent une semaine (plus

ou moins) après l'opération; cela fait 12,06 p. 100 d'insuccès dans lesquels le curettage ne suffit pas et où il fut besoin d'un traitement complémentaire par les injections intra-utérines.

En parcourant la littérature, nous voyons que le curettage utérin ne constitue pas dans tous les cas une méthode de traitement indépendante (Abeille) (16) et que l'on ne peut compter sur un succès complet que dans 65 à 70 p. 100 des cas, le reste des cas demandant un traitement complémentaire qui consiste soit en injections intra-utérines ou en badigeonnages de la cavité utérine, soit en courants continus appliqués d'après la méthode d'Apostoli, soit enfin dans l'introduction de tiges caustiques (flèches au chlorure de zinc).

Ainsi Bouilly, par exemple, sur 69 curettages utérins, n'eut de guérisons complètes que dans 39 cas; Terrillon, sur 63 curettages, 36 guérisons; Richelot, sur 70 curettages, eut 53 guérisons. Au total, sur 202 cas, 74 insuccès, ce qui fait 36 p. 100. De meilleurs résultats furent obtenus à la clinique de Bâle (*Centralblatt für Gynækologie*, 1895) où il y eut 17 p. 100 d'insuccès.

Sur 55 avortements, il y eut deux fois des hémorrhagies prolongées; dans ces deux cas, le curettage avait été incomplet; il fut répété et les hémorrhagies cessèrent aussitôt.

Une légère paramétrite vint compliquer l'opération une fois. Une malade, après un avortement artificiel de trois mois, se présenta avec des métrorrhagies ; un doigt put être introduit dans la cavité de l'utérus, et je retirai presqu'une moitié de placenta qui était restée dans l'utérus après l'avortement ; comme on sentait des aspérités sur la muqueuse de l'utérus, celui-ci fut raclé avec une curette tranchante ; trois heures plus tard, la malade se rendit à sa demeure ; elle prétendait avoir eu de la fièvre le soir. Au bout de trois jours, nous avons senti à la palpation, de chaque côté de l'utérus, une tuméfaction assez consistante, du volume d'un œuf de poule. Cette malade reçut ensuite 17 injections intra-utérines de teinture d'iode et, actuellement, elle se trouve en état de parfaite santé.

Manuel opératoire. — Les cas d'avortements récents étaient opérés aussitôt que les malades se présentaient à la

consultation de notre ambulance ; s'il y avait endométrite, on remettait l'opération au lendemain, après avoir introduit dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée forte, qui devait rester en place vingt-quatre heures. Dans presque la moitié des cas, pour pouvoir introduire sans difficulté la curette, il a fallu passer des bougies de Hegar jusqu'au n° 9 ou 10.

Avant le tamponnement ainsi qu'avant le curettage, on lavait soigneusement (pendant trois à quatre minutes) au savon de potasse dissous dans l'alcool (1 : 10), et puis à la solution chaude (38° R.) de formol (1 : 500) la vulve, le vagin, le col utérin, les cuisses et la moitié inférieure du ventre.

Après le curettage, on faisait passer dans la cavité utérine 4 à 5 litres de la solution de formol à 1 : 500 et à 38° R. et l'on injectait ensuite environ 2 gr. de teinture d'iode sous forme de la solution Grammatikati (17) (alumnol, 2 gr. 5 ; alcool et teinture d'iode, ââ 25 gr.).

Après l'écoulement du liquide de la cavité utérine, le vagin était soigneusement tamponné avec de la gaze iodoformée faible. Je m'abstiens de tamponner la cavité utérine, l'expérience ayant montré qu'il était inutile de dilater la cavité de l'utérus qui, d'autre part, réagit facilement par des douleurs à la présence d'un corps étranger ; il est désirable, au contraire, que la cavité de l'utérus diminue au plus vite par la contraction de ce dernier. Le drainage de la cavité de l'utérus n'est indiqué que dans les cas infectés.

Après le curettage, la malade était transportée dans un lit (il y en a deux dans mon cabinet) ; elle prenait 0 gr. 5 à 1 gr. de poudre d'ergot de seigle ; une vessie de glace était posée sur son bas-ventre, et la femme restait couchée pendant près de trois heures. Ce temps passé, nous permettions à la malade de rentrer à son domicile, après lui avoir recommandé de garder le lit chez elle trois ou quatre jours et de revenir se montrer à nous le cinquième jour. Toutes les malades sont revenues le cinquième ou le sixième jour.

Vu les bons résultats obtenus l'année dernière, nous conti-

nuons les curettages ambulatoires et nous en avons fait, cette année déjà, plusieurs dizaines.

En résumé, le curettage ambulatoire de la cavité utérine, qui donne de si bons résultats, comme l'a montré notre expérience, peut être recommandé dans les grandes villes comme Odessa, où les hôpitaux ont toujours plus de candidats que de places. Dans les hôpitaux de canton (Zemstvo), dont les ressources matérielles sont modestes, la vulgarisation de cette méthode est à souhaiter encore à cause du peu de dépenses qu'elle demande comparativement à l'hospitalisation des malades.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Olshausen. Ueber intrauter. Behandlung vorzugweise mittels der Curette. *Centrbl. f. Gynäkologie*, 1895.

(2) Walton. *Contribution à l'étude de la pelvipéritonite; son traitement par la dilatation forcée de l'utérus*, 1888.

(3) Poullet. *Lyon médical*, 8 fév. 1888.

(4) Dolèris. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, avril 1888.

(5) Cantin. *Des lymphangites péri-utérines et de leur traitement par le curettage*. Thèse, 1889.

(6) Cuellar. *Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines*, etc Thèse de Paris, 1891.

(7) Massin. *Les questions du jour dans l'art des accouchements*. Saint-Pétersb., 1899, p. 60 (en russe).

(8) Winckel. Ueber Myome der Uterus, etc. *Volkmann's Samml. klin. Voträgc*, n° 86' 1879.

(9) Angel Rilla. Thérapeutique comparée des fibromes utérins. *Archives d'obst. et de gynécol.*, nov. 1888.

(10) Coe. The use of the curette for the relief of hemorrage due to uterin fibroid. *New Med. Record*, 28 p. 1888.

(11) Walton. *Contribution à l'ètude du trait. des fibroïd. de la matrice*. Gand, 1889.

(12) Runge. Therapie der Uterus Myome. *Arch. für Gynäkol.*, Bd 37, p. 484.

(13) Pozzi. *Traité de gynécologie*. Paris, 1897.

(14) Kakouchkine. *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, sept. 1900.

(15) Poloueektoff. Du currettage ambulatoire. *Vratsch*, n° 11, 1900.

(16) Abeille. *Métrites, endométrites chroniques*. Paris, 1890.

(17) Grammatikati. *Des injections intra-utérines*. Saint-Péterbourg, 1889, p. 53.

DE L'INFLUENCE DE LA GONORRHÉE SUR LE PUERPÉRIUM

ANALYSE DE 50 CAS

Par **Arnold W. W. Lea.** (Manchester.)

I

La question de l'influence de la gonorrhée sur le puerpérium est d'un grand intérêt et d'une importance pratique considérable. Depuis que Noëggerath, en 1872, a attiré l'attention sur ce point, on a reconnu la fréquence et la gravité de l'infection gonorrhéique chez la femme.

Toutefois, on a émis des opinions diverses sur la fréquence et sur la signification de la soi-disant *fièvre puerpérale gonorrhéique*. De nombreux observateurs se sont consacrés à des investigations sur ce sujet, et des appréciations très divergentes ont été formulées, qui étaient en apparence justifiées par l'observation des faits.

En 1873, A. Macdonald (1) rapportait deux cas dans lesquels il établit qu'une infection puerpérale grave était survenue chez des femmes souffrantes de gonorrhée, et que le processus puerpéral infectieux était attribuable au virus gonorrhéique.

En 1890, Sänger (2) (Leipzig) décrivit une forme spéciale d'infection puerpérale, se développant chez des femmes atteintes de gonorrhée. Sur 230 cas qu'il étudia, il en trouva 35, soit 15 p. 100, dans lesquels les femmes souffraient d'affections des annexes, qui devaient être rapportées à des suites de couches. Il arriva à la conclusion que la gonorrhée peut compliquer le puerpérium de deux manières :

1° Par *infection mixte;* à une gonorrhée préexistante se

---

(1) *Edinb. med. J.*, juin 1873.
(2) *Annales de gynéc. et d'obst.*, mars 1900, p. 199.

surajoute une infection septique ; en ce cas, les symptômes apparaissent peu de jours après la délivrance ; 2° par *infection ascendante* de l'utérus et des trompes de Fallope, exclusivement due au gonocoque. Dans cette variété, les accidents ne surviennent que tardivement, souvent de six à huit semaines *post-partum* : ils comprennent une bonne part des affections annexielles consécutives à la parturition. La démonstration de Sänger était purement clinique, et sa manière de voir ne fut pas universellement reconnue.

Kröner (1) (Breslau) basa sa conclusion sur le fait que *l'ophtalmie des nouveau-nés se montrant dans les tout premiers jours après la naissance, la mère doit nécessairement être en puissance de gonorrhée au moment de la parturition.* Il examina 91 cas, recherchа l'histoire des suites de couches, et procéda à un examen local. 35 femmes déclarèrent qu'elles avaient eu des suites de couches fébriles, mais pour bon nombre de cas, il n'est pas absolument sûr que la fièvre dépendît de la gonorrhée. En 7 cas, il établit nettement que l'infection gonorrhéique s'était accomplie pendant les suites de couches.

Le professeur Sinclair, dans son travail *Gonorrhæal infection in Women*, incline vers cette opinion, que beaucoup de salpingites auxquelles on attribue une origine puerpérale sont en réalité dues à l'infection gonorrhéique. Les malades qui en sont atteintes se rétablissent lentement et souffrent de pelvipéritonite à adhérences étendues, tandis que les femmes qui survivent à l'infection puerpérale septique font fréquemment une convalescence complète.

Durant les quelques dernières années, des recherches bactériologiques ont montré que le gonocoque se rencontre un grand nombre de fois dans les lochies des accouchées, et qu'il peut être trouvé en culture presque pure du troisième au huitième jour. Bumm, qui s'est beaucoup occupé de la question, a constaté que les gonocoques étaient dans le vagin de dimensions anormalement grandes, et il estime que les lochies constituent un

(1) *Arch. f. Gynæk.*, Bd XXXI.

milieu très favorable à leur développement. Ils ont été également constatés dans la sécrétion utérine. Krönig (1), en 1893, publia 9 cas dans lesquels il avait réussi à cultiver le gonocoque sur des tubes de sérum agar, à l'aide de la sécrétion puisée dans l'utérus avec des tubes de verre stérilisés. Il observa que les organismes étaient le plus nombreux du quatrième au sixième jour. Peu de jours après, ils avaient souvent disparu. Une seule fois, sur ces 9 cas, le puerperium fut normal. Dans tous les autres, il y eut un peu de fièvre. Dans 4 cas, la température ne dépassa pas 39°. Dans 4, elle s'éleva au-dessus de 40°. Dans tous, la fièvre tomba sans aucun traitement. Chez toutes ces accouchées, les lochies furent abondantes et purulentes, mais jamais fétides. Dans 2 cas, l'infection tardive se manifesta. Une fois, au quatorzième jour, on reconnut une pelvi-péritonite gauche. Une autre fois, survinrent de la paramétrite, puis de la téno-synovite de la main gauche, exprimant la généralisation de l'infection gonorrhéique, bien qu'on ne découvrît pas dans le pus de la téno-synovite la présence du gonocoque.

Dans une communication ultérieure, Krönig (2) note qu'il a pu cultiver le gonocoque dans 50 cas sur 179 de suites de couches fébriles. Aucun de ces cas ne se termina par la mort, et le plus grand nombre des malades se rétablirent sans traitement spécial.

Léopold (3) rapporte deux cas d'infection pendant la première période du puerpérium dans lesquels il put déceler le gonocoque dans les sécrétions utérines et vaginales. Les 2 enfants furent atteints d'ophtalmie purulente. Dans chaque cas, la fièvre survint le quatrième jour et persista plusieurs jours. Toutefois, les 2 femmes firent une bonne convalescence. Dans le deuxième cas, on trouva également des streptocoques, en sorte que ce cas peut être tenu pour une « infection mixte ». Schumacker (4)

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1893, p. 157.
(2) *Cent. f. Gyn.*, 1895, p. 422.
(3) *Cent. f. Gyn.*, 1893, p. 675.
(4) *Cent. f. Gyn.*, 1897, p. 287.

relate 10 cas d'infection puerpérale gonorrhéique. Dans la plupart, le diagnostic fut confirmé par la constatation du gonocoque dans la sécrétion utérine. La délivrance fut normale dans chaque cas. Ordinairement, vers le quatrième jour, la fièvre apparut, souvent accompagnée d'un frisson. Ces phénomènes parurent coïncider avec l'infection de l'endométrium. En quelques jours, la température redevint normale. A un examen ultérieur, on reconnut chez la plupart des femmes des lésions de pelvi-péritonite ou de paramétrite. Schumacker estime que le plus souvent, même lorsqu'il y a complication de salpingite, la convalescence est heureuse.

Fritsch (1) relate un cas dans lequel on trouva des gonocoques nombreux et où l'enfant fut atteint d'ophtalmie. La malade souffrit de pelvi-péritonite aiguë, mais fit une bonne convalescence.

Veit (2), dans son récent travail, rapporte 5 cas dans lesquels les femmes furent infectées par le mari peu avant la délivrance. Dans 4 cas, les enfants eurent de l'ophtalmie aiguë, et toutes les femmes souffrirent de pelvi-péritonite aiguë durant le puerpérium. Veit croit que la rapidité avec laquelle se fait l'infection pelvienne tient à l'état de relâchement des tissus après la délivrance, laxité qui favorise l'invasion de la cavité utérine par les gonocoques.

Custom (3), dans une monographie récente, rapporte 5 cas d'infection gonorrhéique au cours du puerpérium, dans tous lesquels la présence du gonocoque fut démontrée. Dans 3 de ces cas, les symptômes furent surtout ceux d'une endométrite purulente, accompagnée de fièvre. Un cas se compliqua de pelvi-péritonite pour laquelle on fit la colpotomie postérieure, qui donna issue à du pus jaunâtre dans lequel on trouva de nombreux gonocoques. Plusieurs mois après, on estima l'hystérectomie nécessaire à cause de douleurs péritonéales et de ménor-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1897, p. 984.

(2) *Handbuch d. Gynækologie.*

(3) *Am. J. Obst.*, octobre 1899.

rhagie. Dans un autre cas, il y eut de la paramétrite aiguë, qui fut suivie d'arthrite aiguë du genou. Toutes les femmes se rétablirent heureusement.

Le gonocoque a été également constaté dans la cavité de l'utérus pendant la grossesse. Ainsi Donat (1) a décrit un cas d'endométrite purulente de la grossesse, dans lequel on découvrit des foyers de pus sur la surface utérine du placenta, et entre l'amnios et le chorion. Dans ce cas, l'infection était indiscutablement de nature gonorrhéique.

Neuman et Emanuel (2) ont aussi trouvé le gonocoque dans le placenta, entre les membranes ovulaires, dans la paroi de l'utérus, et dans la caduque pendant la gestation. Quelques-uns des cas d'endométrite gonorrhéique de la grossesse peuvent se terminer par avortement.

Cette revue brève des travaux faits sur ce sujet démontrent nettement que la gonorrhée est une cause directe et puissante d'infection puerpérale. Il est également vrai que nombre de cas de pyrexies puerpérales développées chez des femmes atteintes de gonorrhée sont le résultat d'une « infection *mixte* », streptocoques et staphylocoques jouant un rôle important dans l'affection, et se trouvant souvent associés au gonocoque. Le rôle précis du gonocoque ne peut être encore exactement défini. Les recherches de Wertheim ont démontré que cet organisme peut pénétrer profondément dans le tissu connectif et produire ainsi de la paramétrite *post-partum*, par infection du col lacéré. Il peut également diffuser jusqu'au péritoine pelvien à travers les ligaments larges, et engendrer de la périmétrite et même une péritonite généralisée. Bumm (3), toutefois, ne croit pas que le gonocoque, seul, puisse provoquer la suppuration dans le tissu connectif : à son avis, si la paramétrite suit une infection gonorrhéique, elle serait le résultat d'une infection

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, vol. 24, 1898.

(2) *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1897, t. 36, Hft. 3.

(3) *Veit's Handbuch d. Gynæk.*

mixte, bien qu'il admette qu'un pyosalpinx, effet d'une infection de la trompe dérivée directement de la cavité utérine, puisse être exclusivement causé par le gonocoque.

Nul doute qu'une exacerbation d'une infection gonorrhéique ancienne puisse particulièrement se produire comme conséquence de la grossesse ou de la parturition. Des organismes qui sont restés inactifs des mois, des années même dans les tissus, peuvent, dans ces conditions, retrouver activité et virulence. C'est un fait bien connu que des ophtalmies purulentes s'observent chez des enfants de femmes qui, en apparence, paraissent tout à fait guéries d'une attaque antérieure de gonorrhée. Le gonocoque témoigne d'une grande faculté de survivance dans les tissus : que des conditions favorables, grossesse, parturition, vascularisation augmentée, hypersécrétion glandulaire combinée avec des traumatismes surviennent, et des retours aigus de la maladie sont possibles. En outre, pendant le travail ou au début du puerpérium, une vieille phlegmasie pelvienne peut repasser à l'état aigu, ou bien un pyosalpinx, un abcès de l'ovaire peut se rupturer et engendrer une péritonite aiguë. J'ai observé 2 faits de cette nature que je rapporte plus loin.

*
* *

Symptômes de l'infection puerpérale gonorrhéique. — Cliniquement, il n'est pas de symptômes à signaler comme pathognomoniques. Il reste douteux que la fièvre se montre tant que l'infection gonorrhéique n'est pas remontée au delà de l'orifice interne. L'acuité des symptômes peut dépendre du degré de virulence des gonocoques dans chaque cas particulier. Dans quelques cas, une endométrite purulente peut se développer, et il est possible de rencontrer de nombreux gonocoques dans la sécrétion, en l'absence de toute élévation de température (Krönig). Souvent, les symptômes apparaissent de bonne heure (au troisième jour), lochies purulentes abondantes, accusant l'endométrite. Le processus peut s'arrêter là et la guérison s'opérer progressivement ; ou bien, la maladie peut gagner les trompes et le péritoine pelvien, provoquant des symptômes

graves de péritonite aiguë. En d'autres cas, les signes physiques sont ceux d'une paramétrite.

Tous les auteurs compétents s'accordent toutefois à reconnaître que « l'infection puerpérale gonorrhéique » a une évolution plus bénigne que l'infection septique *post-partum*. Bon nombre de malades guérissent vite et complètement sans traitement spécial. Il est, toutefois, également établi qu'en d'autres cas, la convalescence peut être très lente et qu'elle est souvent incomplète. Des adhérences nombreuses se font autour des annexes et dans le péritonie pelvien ; les malades restent invalides et, souvent, des interventions chirurgicales, l'ablation des annexes, par exemple, s'imposent pour obtenir une guérison complète.

*
* *

Les résultats auxquels je suis arrivé moi-même sont entièrement basés sur l'observation clinique, d'autant plus que j'ai été dans l'impossibilité de faire des recherches bactériologiques dans une série de cas.

J'ai pris comme preuve de l'existence de la gonorrhée pendant le travail, le développement de l'ophtalmie purulente aiguë chez l'enfant dans les trois premiers jours après la naissance. Cette affection n'est jamais causée par les lochies normales ou par les écoulements vaginaux (Zweifel) : elle est, en général, tenue pour un signe pathognomonique de l'infection gonorrhéique du vagin au moment de la délivrance.

J'ai groupé dans une table analytique 50 cas, dans lesquels la mère souffrait de gonorrhée au moment de la délivrance. Dans quelques-uns d'entre eux, il m'a été possible de confirmer l'existence de la gonorrhée par la mise en évidence du gonocoque dans la sécrétion vaginale.

J'y ai ajouté 3 cas dans lesquels une infection puerpérale mortelle se développa chez des femmes qui avaient dans leur passé une infection gonorrhéique. Dans 2 cas, les accidents éclatèrent immédiatement après le travail et succédèrent, semble-t-il, à la rupture d'une pyosalpingite ancienne ou d'un abcès de l'ovaire,

Dans un cas survint une péritonite purulente généralisée, terminée par la mort. Ces cas ne furent pas soumis au contrôle bactériologique : peut-être s'agissait-il d'infection mixte ?

Les cas peuvent être groupés comme suit :

1° *Puerpérium normal :* c'est-à-dire que la température ne dépassa pas 37°,5 dans 32 cas.

Des 50 cas, 32, soit 64 p 100, ressortissent à ce groupe, donc les deux tiers environ. Il est intéressant de noter que tous furent des cas d'accouchement simple, régulier. Dans 4 seulement, on eut à se servir du forceps, tous les autres accouchements furent spontanés. Dans 4 cas, il y eut déchirure, trois fois légère, du périnée. 19 de ces femmes avaient déjà eu des enfants, 13 étaient primipares. En d'autres termes, 60 p. 100 des cas de puerpérium normal concernent des multipares, chez lequelles on ne devait prévoir que l'éventualité de légers traumatismes à l'occasion de la délivrance.

Il est possible que quelques-uns de ces cas aient pu, à une période tardive, se compliquer de la forme tardive d'infection puerpérale gonorrhéique décrite par Sänger. En général, ces accouchées ne furent soumises à mon observation que durant 14 jours *post-partum*. Il est important de noter qu'à cette période, l'examen vaginal ayant été pratiqué 4 fois par une sorte de mesure routinière, cet examen permit de reconnaître nettement des signes de phlegmasie pelvienne. Dans 2 cas, matité circonscrite et exsudat autour des annexes. Dans un, endométrite purulente, bien qu'elle ne s'accompagnât pas d'hyperthermie, sauf, à un seul moment, une élévation thermique à 38°,2 ; cependant, ovaire et trompe gauches étaient tuméfiés et sensibles, et il y avait un peu de péritonite circonscrite. Dans 2 autres cas, les signes physiques étaient ceux d'une paramétrite légère.

2° *Puerpérium pathologique :* c'est-à-dire les cas dans lesquels il y avait évidence d'infection.

Dans 18 cas, il y eut de la fièvre pendant les suites de couches, c'est-à-dire dans 36 p. 100 de la totalité des cas.

Ces faits peuvent donner lieu aux subdivisions suivantes :

a) Pyrexie débutant d'ordinaire le troisième ou le quatrième jour *post-partum*, avec évidence d'infection de l'endométrium. La température s'éleva rapidement à 39°,5, ou à 40°, avec accompagnement d'un frisson ; cette hyperthermie se prolongea de trois à sept jours, puis la température revint graduellement normale. Les symptômes ordinaires de la fièvre existaient, mais l'état général des malades restait satisfaisant et ne causait pas d'inquiétude sérieuse.

On donna, par mesure en quelque sorte routinière, des injections vaginales au bichlorure de mercure (1 pour 3000) dans tous les cas. Si la fièvre persistait, on procédait à une exploration digitale de la cavité utérine, qu'on faisait suivre d'une injection intra-utérine. Dans 9 de ces cas, il paraît qu'il y avait eu rétention de membranes ou du placenta. Les sécrétions utérines furent purulentes dans presque tous les cas, mais dans 2 cas seulement l'écoulement fut fétide.

D'ordinaire, on constata une chute notable de la température après l'injection intra-utérine, bien que la température ne redevînt réellement normale qu'après trois ou cinq jours. L'injection intra-utérine fut renouvelée dans les cas où la température montra une tendance à s'élever de nouveau.

Dans 2 cas, les injections intra-utérines n'eurent pas d'effet sur la température. Dans l'un d'eux, il y avait eu déchirure du périnée : les sutures cédèrent. Il n'y avait pas évidence d'infection de l'utérus. L'hyperthermie persista huit jours, causée probablement par la résorption au niveau de la plaie périnéale. Dans l'autre cas, l'hyperthermie se prolongea dix jours (du cinquième au quatorzième), et l'écoulement utérin fut abondant et purulent. Tous les cas évoluèrent heureusement sans apparence d'infection annexielle ; ils doivent être probablement appréciés comme cas d'infection gonorrhéique de l'endométrium, provoquant une endométrite purulente, mais ne s'étendant pas dans la paroi musculaire de l'utérus ou le long des trompes de Fallope.

b) Pyrexie compliquée de pelvi-péritonite aiguë, développée dans les quatorze jours après la délivrance : 5 cas.

Dans 3, la température s'éleva durant la première semaine, dans 2, pendant la seconde semaine *post-partum*. La température resta constamment élevée; aucun traitement local, injections, curettage, etc., ne montra quelque efficacité. Toutes les malades furent sérieusement atteintes : fièvre élevée, pouls rapide, météorisme et sensibilité abdominale, douleurs vives; en quelques cas, vomissements, tout le cortège symptomatique d'une pelvi-péritonite aiguë; deux à trois semaines *post-partum*, on put constater l'existence d'un exsudat emplissant le bassin.

Dans un cas, le travail avait été très lent; on s'était servi du forceps et il y avait eu une déchirure étendue de la paroi postérieure du vagin. Dans les autres cas, le travail avait été naturel, et le périnée n'avait pas été notablement déchiré.

Dans ces cas, les suites furent celles-ci: dans trois, les femmes après une maladie de quelques semaines firent une convalescence partielle et rentrèrent chez elles. Il m'a été impossible d'établir leur histoire ultérieure.

Une malade, revue à divers intervalles, a maintenant une affection chronique des annexes et réclamera probablement une opération pour être soulagée.

Dans un autre cas, il fut nécessaire de pratiquer l'hystérectomie vaginale 3 mois *post-partum*, à cause d'un double pyosalpinx et d'une métrite chronique. La femme est actuellement bien portante.

Comme appendice à cette série, j'ai ajouté 3 faits, observés dans la pratique privée, dans lesquels il y avait dans les antécédents celui, net, d'une infection gonorrhéique; tous se terminèrent par la mort, conséquence d'une infection grave.

Observation I. — Primipare qui, après avoir été infectée par son mari, avait souffert douze mois de douleurs pelviennes intenses qui s'accompagnaient d'un écoulement vaginal. Durant la première période du travail, elle devint très malade, elle eut un frisson avec une poussée thermique à 40°,5. Après la délivrance qui fut naturelle et nul examen

vaginal n'ayant été fait, l'hyperthermie persista, et une péritonite généralisée se développa rapidement. Je vis la malade en consultation le dixième jour. Elle avait alors une péritonite généralisée et de la péricardite, avec des signes de toxémie profonde. Il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale ; la mort survint trois jours après (pas d'autopsie). Il paraît vraisemblable que dans ce cas, pendant le travail, un abcès ovarique ou un pyosalpinx creva dans le péritoine, provoquant les symptômes aigus. Le travail avait été normal et le frisson, accompagné d'hyperthermie, avait commencé dix heures avant la délivrance.

Obs. II. — Primipare. Travail normal, infection grave ayant débuté le troisième jour des suites de couches. Je la vis pour la première fois le neuvième jour. Elle était alors extrêmement malade : toxémie profonde, température à 40°, P. 140. A l'examen, on constata une masse dans la région des annexes gauches et une péritonite généralisée. *Section vaginale*, qui donna issue à plusieurs onces de pus de la trompe gauche. Mais la femme mourait vingt-quatre heures après de septicémie.

Le mari était, au même moment, traité pour une gonorrhée.

Obs. III. — Le travail fut simple, l'enfant naquit spontanément, sans qu'il eût été fait un seul examen vaginal. Le troisième jour, signes nets d'une infection grave. Je vis l'accouchée pour la première fois le dix-huitième jour. La cavité abdominale était très distendue par du liquide, la malade présentait un aspect typhique. J'ouvris l'abdomen, donnant issue à 2 pintes de pus, qui était libre dans la cavité abdominale. Les annexes étaient couvertes de lymphe, mais il n'y avait pas de pyosalpinx. Large tube à drainage mis à demeure. L'opérée parut d'abord se remonter un peu, mais cette amélioration ne fut que momentanée. Elle faiblit de plus en plus et mourut deux jours après de toxémie et d'épuisement. Elle avait eu de la vulvo-vaginite gonorrhéique pendant la grossesse.

Conclusions. — 1° L'existence d'un écoulement purulent pendant le travail, écoulement capable de provoquer l'ophtalmie des nouveau-nés, est la preuve formelle qu'il y a infection gonorrhéique : cette condition prédispose particulièrement l'accouchée à l'infection puerpérale.

2° Cette infection, en beaucoup de cas, n'est pas exclusivement due au gonocoque; il s'agit d'une infection « *mixte* ». Il a été

toutefois formellement établi que des gonocoques peuvent exister *in utero* pendant la grossesse, et qu'on peut, au cours du puerpérium, les obtenir en culture pure de la cavité utérine.

3° Les gonocoques peuvent causer des inflammations pelviennes graves en l'absence de toute source externe d'infection.

4° Nombre de femmes atteintes de gonorrhée active au moment de la délivrance peuvent avoir cependant des suites de couches normales (60 pour 100 dans notre statistique).

5° L'infection pendant le puerpérium est favorisée par : *a)* les déchirures du périnée, du vagin ou du col; *b)* l'usage du forceps; *c)* les interventions manuelles; *d)* la prolongation du travail. Elle survient plus fréquemment chez les primipares.

6° Les types d'infection qu'on peut rencontrer sont :

a) *Endométrite puerpérale.* Elle peut rester limitée à l'endométrium, ou bien l'infection peut pénétrer profondément dans la paroi de l'utérus.

b) *Pelvi-péritonite aiguë* (10. p. 100 dans cette série).

c) *Paramétrite aiguë.*

d) *Septicémie générale,* résultat le plus souvent d'une infection « *mixte* ».

7° Grossesse, accouchement, puerpérium sont des états aptes à réveiller une infection gonorrhéique ancienne, restée à l'état latent depuis un certain temps.

8° En quelques cas, une inflammation gonorrhéique ancienne des ovaires, des trompes ou du péritoine pelvien, peut retrouver sa virulence à l'occasion de l'accouchement ou du puerpérium, et provoquer une péritonite aiguë éventuellement mortelle.

9° Il n'existe pas de symptomatologie spéciale de « l'infection *puerpérale gonorrhéique* », qui la distingue nettement de « l'infection *puerpérale septique* ».

10° Le diagnostic de « l'infection puerpérale *gonorrhéique* » repose sur : 1° les antécédents; 2° l'existence d'un écoulement vaginal purulent, pendant le travail ; 3° le développement d'une ophtalmie purulente chez le nouveau-né dans les trois ou quatre premiers jours de la naissance; 4° la mise en évidence des gonocoques dans la sécrétion utérine et vaginale.

11° Le pronostic de « l'infection puerpérale gonorrhéique » est d'ordinaire bon *quoad vitam*, l'inflammation pelvienne tend à se circonscrire, des adhérences se forment rapidement.

12° La guérison après « l'infection puerpérale gonorrhéique » reste souvent incomplète.

Traitement. — Pendant la grossesse, il faut tenir grand compte de l'existence d'un écoulement vaginal purulent, surtout durant les derniers mois. Faire une anamnèse soigneuse, pratiquer un examen local, et, dans le cas de diagnostic douteux, soumettre à l'examen microscopique la sécrétion pour y rechercher les gonocoques.

On donnera des injections vaginales et, si besoin, on fera des applications dans le vagin de tampons imbibés de glycérine ichtyolée au dixième, de solution de protargol à 10 p. 100, etc.

Durant le travail, vagin et col seront nettoyés à fond avec une solution antiseptique. Les déchirures du périnée seront minutieusement nettoyées et suturées.

Pendant le puerpérium, les injections vaginales seront faites avec beaucoup de prudence, à cause des grands risques qu'on court d'infecter l'endométrium.

Une élévation de température qui survient du troisième au cinquième jour traduit souvent l'invasion de la cavité utérine par les gonocoques, et d'ordinaire, les lochies deviennent purulentes. En ces conditions, il faut recourir aux injections intra-utérines, répétées tous les jours s'il est nécessaire. Ou bien, on peut pratiquer un nettoyage de la cavité de l'utérus avec un antiseptique, biiodure de mercure à 1 p. 500, teinture d'iode une drachme par pinte, etc.

Le curettage n'est pas approprié à ces cas, sauf dans ceux où il y a vraisemblance de rétention de produits ovulaires, auquel cas on y procède avec une curette mousse.

Si ces moyens thérapeutiques ne réduisent pas la fièvre, il est probable qu'il y a infection des annexes ou du péritoine pelvien, et alors, le traitement local intra-utérin ne peut être que d'une efficacité médiocre. Le traitement sera : repos absolu

au lit, injections vaginales; médication symptomatique, en même temps qu'on surveillera très soigneusement les conditions locales pelviennes.

En quelques-uns de ces cas, la cœliotomie abdominale ou vaginale peut s'imposer, avec le but d'évacuer toute collection liquide, séreuse ou purulente qui a pu se faire dans le bassin. Il faut avoir toujours présente à l'esprit la possibilité du réveil, de l'exacerbation d'une vieille phlegmasie pelvienne; car cela peut donner l'explication des phénomènes observés et modifier beaucoup le traitement à appliquer.

Suit le tableau synoptique schématisant les 50 faits cliniques observés par l'auteur (1). R. L.

II

Appendice. — Cette contribution, essentiellement clinique, à la question de l'influence, aujourd'hui reconnue par nombre d'auteurs, de l'infection gonococcique sur la grossesse et sur les suites de couches, est assurément intéressante. Il est, en effet, au moins utile d'attirer l'attention sur une des causes, non pas la plus redoutable, bien loin de là, des complications puerpérales, cause de laquelle, longtemps, on ne s'occupa aucunement sous ce point de vue, malgré les effets funestes qu'elle exerce sur les yeux des nouveau-nés, et qui, en réalité, paraît jouer un rôle non négligeable aussi bien chez la femme enceinte que chez l'accouchée. Dans leur rapport sur « *l'étiologie et la nature des infections puerpérales* » au dernier Congrès des sciences médicales, à Paris, Doléris, Krönig et Menge (2) ont marqué ce rôle du gonocoque dans l'étiologie de ces infections, rôle isolé ou combiné avec celui d'autres agents des infections puerpérales (infection mixte) : « Moins rare serait le *gonocoque*, dit Doléris, et on comprend aisément que la présence incontestable

(1) Traduit d'après le compte rendu dans les *Transact. of North of Engl. Obst. a. Gynec. Soc.*, 1900, p. 33.

(2) *Annales de gynéc. et d'obst.*, juillet et août 1900.

de cet organisme, aujourd'hui bien connu, dans les foyers multiples de l'infection gonorrhéique, en dehors de la grossesse, est un argument en faveur de son existence dans les mêmes foyers chez la femme enceinte. L'urèthre qui le recèle longtemps, les follicules vulvaires, les glandes de Bartholin, dont la suppuration est parfois constatée au cours et à la fin de la grossesse, sont des sources d'alimentation pour le vagin et l'utérus. En fait, ce pathogène se retrouve dans les sécrétions gravidiques et dans les lochies pathologiques des premiers jours du *post-partum*. L'ophtalmie gonococcique des nouveau-nés en est la preuve irréfutable. *Je l'ai rencontrée, très rarement il est vrai, mais très certainement.* Quelques accoucheurs croient sa présence assez fréquente dans les liquides vaginaux des femmes infectées. » Krönig, dans son rapport, présente même la description de l'infection puerpérale de nature gonorrhéique et, contrairement à Olshausen et Bumn, ne veut pas qu'on retranche ce groupe d'infections du domaine de la fièvre puerpérale. « La fièvre puerpérale gonorrhéique apparaît comme une infection des plaies puerpérales, tout comme les autres infections de ces mêmes plaies par bactéries pyogènes et saprogènes, etc. » Comme Krönig, comme Hofmeier, Menge déclare que « l'infection gonorrhéique de la plaie puerpérale ne doit pas être soustraite du domaine de la fièvre puerpérale. La fièvre puerpérale gonorrhéique partant d'une gonorrhée uréthro-vulvo-vaginale ou cervicale qui existait déjà pendant la grossesse, n'est rien de plus que l'extension d'un processus infectieux préexistant dans l'organisme. Mais cette extension est en rapport immédiat avec le travail de l'accouchement et avec la production des plaies puerpérales, etc. ». « A la clinique de Dresde (Léopold, communication verbale), on rencontrerait le gonocoque dans le dixième des cas (1). »

Voici, à nouveau exprimée, dans un article tout récent, l'opinion du professeur de Dresde :

---

(1) XIII[e] Congrès des sc. méd. de Paris. *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet-août 1900, p. 11.

« Léopold enseigne de plus en plus à ses élèves combien il importe dans chaque cas de fièvre puerpérale de procéder à la recherche la plus minutieuse des gonocoques dans les lochies. Ce n'est souvent qu'à la huitième, à la dixième et à la douzième préparation en stries, qu'on réussit à mettre formellement en évidence le gonocoque. Sous l'influence de cet enseignement, nous sommes arrivé, par exemple en 1898, à constater ce résultat : *que le quart de toutes les fébricitantes étaient sûrement atteintes de gonorrhée.* Nous sommes persuadé que la cause de la fièvre dans ces cas est une infection gonococcique, et que l'infection se fait *sûrement* avant l'accouchement, la plupart du temps même avant la grossesse (1). »

Voilà donc officiellement admis le rôle étiologique du gonocoque dans les complications du puerpérium.

Toutefois, l'importance qu'on lui accorde varie bien avec les auteurs. Dans le dernier volume, tout récemment paru, du *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin, le paragraphe qu'on consacre aux « infections puerpérales à gonocoques » est bien court et de nature à laisser assez sceptique touchant la nocivité du gonocoque, sinon vis-à-vis des nouveau-nés, du moins vis-à-vis des accouchées : « Il n'est pourtant pas rare à l'hôpital, est-il écrit, de voir des femmes accoucher en pleine blennorrhagie aiguë sans pour cela observer dans la suite d'accidents puerpéraux. Peut-être faut-il attribuer l'innocuité de ces cas aux injections antiseptiques que l'on donne aux femmes avant l'accouchement. »

De fait, il y a lieu certainement d'être surpris quand on lit une monographie comme celle que nous venons de traduire, où sont rassemblés des méfaits nombreux et graves attribuables aux gonocoques, et qu'on se rapporte à ce que l'on a vu dans sa propre pratique. Il ne paraît pas, en effet, exister de juste proportion ni de parallèle entre la fréquence des ophtalmies gonococciques chez les nouveau-nés et la fréquence des acci-

(1) ALBERT (W.) Latente Microben-Endom. in d. Schwangersch., etc. *Arch. f. Gyn.* Bd LXIII, Hft 3, p. 487.

dents puerpéraux de même nature. Il y a surtout lieu d'être frappé de la grande rareté de ces derniers, si l'on admet l'opinion de Noëggerath, adoptée par nombre de cliniciens, sur l'extrême fréquence en général de la gonorrhée, aiguë ou latente, chez la femme. Donc, si en raison de la valeur des documents apportés, recherches bactériologiques, examens histologiques, faits cliniques, on ne peut douter d'une part étiologique du gonocoque dans certains accidents de la grossesse (endométrites, interruptions de la grossesse) et dans certaines infections puerpérales, il convient, à cause même de certaines constatations au moins faites pour surprendre, de ne pas tout de suite exagérer cette part étiologique, de ne pas vouloir, sans documentation plus complète, la mesurer exactement.

Que dans certaines conditions la virulence du gonocoque puisse s'exalter ; qu'il puisse, au lieu de se borner, comme à l'ordinaire, à produire des lésions locales, devenir capable d'envahir l'organisme, d'engendrer une véritable septicémie, certaines observations de blennorrhagie chez l'homme, avec leurs localisations éloignées sur les jointures, sur le cœur, etc., le démontrent. Mais, sous ce point de vue, il n'est peut-être pas d'observation plus intéressante, plus démonstrative que celle publiée dans ce journal par J. Hallé (1), au nom de M. Rendu et au sien: *Infection gonococcique généralisée à symptômes obscurs; début par une métrite hémorrhagique; œdème phlegmoneux du coude gauche. Endo-péricardite. Mort.* Il ne s'agissait pas, à la vérité, d'une femme enceinte ni d'une accouchée. Mais un examen scrupuleux et complet permit d'affirmer qu'à l'origine de ces accidents, il y avait une infection gonococcique ancienne cantonnée dans le col de l'utérus, alors qu'urèthre et vagin étaient indemnes. D'autre part, des examens bactériologiques multipliés et minutieux établirent formellement que les sécrétions utérines, que la sérosité de l'œdème au niveau du coude renfermaient un seul organisme, le gono-

(1) Recherches dans un cas d'infection blennorrhagique généralisée. *Annales de gynéc. et d'obst.*, septembre 1898, p. 179.

coque, qu'on retrouva d'ailleurs au cours des recherches *post mortem* dans le cœur, dans le péricarde, surtout dans les végétations de l'endocarde, etc. : *nulle part il n'existait d'association microbienne.* « Un seul point reste obscur dans cette observation, est-il dit : c'est la cause en vertu de laquelle le gonocoque, chez cette femme, a pris, tout à coup, une virulence si particulière, etc., etc. Nous nous sommes demandé si les préoccupations morales de cette femme, attristée par la mort récente de sa mère, etc., etc... Mais ceci est du domaine de l'hypothèse et nous ne voulons pas y insister. » Au point de vue du sujet qui nous occupe, l'intérêt de ce fait réside en ce qu'il s'agissait d'une femme en état de devenir enceinte ; que la grossesse survenant, elle eût été compliquée de l'infection cantonnée au col de l'utérus, infection qui, se réveillant par le seul fait de la grossesse, aurait pu provoquer des accidents de grossesse, l'avortement par exemple, ou ne s'exacerbant qu'à l'occasion du traumatisme de l'accouchement aurait pu produire une septicémie mortelle semblable à celle qui fut observée. Et alors on aurait pu, plus facilement peut-être, expliquer la reviviscence de l'infection gonococcique latente par les effractions, la laxité des tissus, la résorption plus active au niveau des sinus béants, etc., propres à l'acte de l'accouchement ? Le gonocoque peut donc, exceptionnellement, se transporter à distance et infecter l'organisme. Des travaux, aujourd'hui assez nombreux, établissent d'ailleurs, formellement, cette généralisation. On les trouvera, en particulier, résumés dans la thèse de J. Anel. *De l'endocartite gonococique*, Paris, 1900, n° 577.

A propos de *l'action et des effets du gonocoque*, nous rappellerons aussi les expériences intéressantes de Maslovsky, publiées ici même, sur le *rôle de la toxine du gonocoque dans les infections gonorrhéiques des organes génitaux internes de la femme* (1) : d'investigations bactériologiques nombreuses, cet auteur tirait cette conclusion : « Ce n'est pas à l'infection qu'il faut attribuer l'action des cultures de gonocoques sur

(1) *Annales de gynécologie et d'obst.*, novembre 1899, p. 483.

l'organisme animal, mais à l'influence d'une toxine produite par ces micro-organismes, influence double : *a) locale*, inflammatoire et suppurative; *b) générale*, hyperthermie, perte de poids, mort même des animaux. »

Enfin, sous le rapport du *traitement*, nous tenons à signaler les résultats remarquablement heureux que, dans un travail tout récent, Chaleix-Vivie a déclaré avoir obtenus par l'emploi du bleu de méthylène pur et pulvérulent dans la vaginite et la métrite blennorrhagiques gravidiques (2). R. LABUSQUIÈRE.

(2) *Rev. mensuelle de gynéc., obst. et péd.*, Bordeaux, 1901, n° 3, p. 106.

BIBLIOGRAPHIE

Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses, par von Erlach und von Wœrtz (Wien, 1901). — Dans cet important mémoire, fait d'après des matériaux recueillis à l'hôpital Marie-Thérèse de Vienne, von Erlach et Wœrtz étudient les résultats éloignés que peuvent donner l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie vaginale et sacrée.

Pour la voie vaginale que les auteurs préfèrent à toute autre opération lorsque le néoplasme est bien limité à l'utérus, leurs résultats éloignés sont excellents ; en effet, sur 131 cas d'hystérectomies vaginales pour cancer, ils donnent 10 morts opératoires, soit 7,6 p. 100.

Sur les 121 malades guéries de l'opération, 115 ont pu être suivies; parmi celles-ci, 62 sont restées exemptes de récidive, 49 sont mortes de récidive pendant la première année et 4 ont succombé à une affection intercurrente. Si nous suivons les 62 malades guéries, nous voyons que 17 sont opérées depuis moins de deux ans et que toutes les autres sont opérées depuis plus de deux ans, et quelques-unes même (21) depuis plus de cinq ans.

Malheureusement, nous avons vainement cherché dans ce travail un seul examen histologique prouvant qu'il s'agit bien toujours, dans tous les cas, de cancer utérin.

Pour qui connaît les difficultés souvent extrêmes, même sous le microscope, du diagnostic anatomique du cancer, cette lacune semblera grave et de nature à ébranler la confiance en des résultats au premier abord si favorables.

Pour l'hystérectomie par la voie sacrée, les auteurs donnent 27 opérations avec 5 morts opératoires, soit 18 p. 100; sur les 22 survivantes, 5 n'ont pu être suivies ; parmi les 17 autres, 10 moururent de récidive et 7 seulement n'ont pas eu de récidive; l'une de ces dernières malades est opérée depuis cinq ans.

Ces derniers résultats, moins favorables que ceux de l'extirpation par voie vaginale, tiennent probablement à ce que les auteurs ont enlevé par cette voie des cancers ayant déjà envahi le vagin, voire même la face antérieure du rectum. P. Lecène.

Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique, par MALARTIC. Th. Paris, 1901, STEINHEIL, éditeur.

Tous ceux qui se sont occupés de cette question savent déjà la contribution importante que l'auteur, en collaboration avec Doléris, a apportée à l'étude de l'anesthésie médullaire en obstétrique. Dans sa thèse, M. Malartic a réuni toutes les observations qu'il a recueillies à l'hôpital Boucicaut. Outre les faits purement obstétricaux, il relate quelques interventions gynécologiques (curettages, périnéorrhaphies). Dans l'ensemble, les résultats obtenus auraient été bons : sur 62 cas, 52 résultats très satisfaisants. Sans vouloir entrer dans le détail des conclusions sur les effets et avantages reconnus à la cocaïne (anesthésique, ocytocique, hémostatique), que nos lecteurs connaissent déjà, nous noterons l'influence excito-motrice si marquée, paraît-il, du nouvel agent sur l'utérus, que le nouveau procédé d'anesthésie constituerait aussi un procédé efficace de provocation artificielle de l'accouchement. De là résulterait, par contre, une contre-indication à l'emploi de la cocaïnisation rachidienne pour les opérations à pratiquer chez la femme enceinte. R. L.

Accouchements et maladies des femmes en couches, par L. GAULARD et V. BUÉ. — Ce petit volume fait partie d'une série de manuels de thérapeutique clinique. Mais il suffit de lire seulement quelques-unes des questions traitées pour bien vite se persuader qu'il ne s'agit pas seulement d'un de ces manuels schématiques, plutôt théoriques, destinés surtout à revoir hâtivement le programme d'un examen, mais bien d'un livre de pratique, écrit par un clinicien familiarisé avec toutes les difficultés de l'obstétrique, émettant une opinion personnelle et compétente sur le meilleur mode de conduite dans les circonstances les plus délicates qui se rencontrent dans la pratique des accouchements. De même, les chapitres consacrés aux maladies des femmes en couches (maladies nerveuses, maladies générales, etc.) sont pleins de renseignements utiles. Ce livre s'adresse donc non seulement aux étudiants en fin d'études, mais aussi aux praticiens.

R. L.

De l'éclampsie puerpérale et de son traitement (Ueber puerperale Eklampsie und deren Behandlung), par L. KNAPP. Berlin, S. KARGER. — Cette monographie est la continuation, le complément de travaux antérieurs, mémoire paru dans la *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, et, thèse soutenue en novembre 1900. Les premiers travaux portaient sur

une série de 22 cas d'éclampsie avec une mortalité maternelle de seulement 4,5 p. 100, tandis qu'en y ajoutant la nouvelle série qui comprend 19 cas, ce chiffre s'élève à 14,6 p. 100. A ce sujet, l'auteur fait observer combien les petites statistiques sont fortement influencées par des imprévus dont l'action se fait moins sentir sur les grosses statistiques ; aussi, c'est là un facteur dont il faut tenir compte. De même la mortalité infantile s'est aggravée, puisque de 21 p. 100 qu'elle était, elle est devenue 31,8 p. 100.

Knapp rappelle toutes les hypothèses émises sur la nature de l'éclampsie, citant surtout les opinions allemandes ; il fait ensuite un rapprochement intéressant entre les accidents éclamptiques et ceux provoqués par l'empoisonnement par la strychnine, et y trouve un argument de plus en faveur de la théorie qui attribue l'éclampsie à l'action d'une substance toxique. Suivent des tableaux synoptiques résumant les particularités saillantes des 19 faits nouveaux, et les altérations anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie des femmes et des enfants.

En ce qui concerne le *traitement*, l'auteur insiste sur le traitement *prophylactique* qu'on doit instituer dès les premiers troubles prémonitoires bien connus des accès éclamptiques (repos absolu au lit, diète lactée, laitages, eaux diurétiques, etc.). Quant au traitement *curatif* qu'il étudie très soigneusement, il le résume dans les propositions suivantes : *a)* traitement approprié à chaque cas ; *b)* morphine ; *c)* éviter, *le plus possible*, toute intervention violente. R. L.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine, basée sur 37 cas opérés par M. Neugebauer, par Fr. Stephowski. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 1901, n° 1. — Les conclusions de ce travail intéressant sont : dans la moitié des cas, il existait des lésions des organes génitaux internes (endométrite, ovarite, etc.) ou du péritoine pelvien. Ces lésions, toutefois, ne suffisent pas pour déterminer une grossesse extra-utérine. Pour que celle-ci se produise, il faut :

1° Qu'il y ait obstacle au passage, dans l'utérus, de l'œuf fécondé ;

2° Que la muqueuse tubaire soit apte à la circulation de l'œuf.

R. L.

CORRESPONDANCE (1)

Je regrette beaucoup de constater, à une lecture attentive de mon article sur le *Rapport du développement mental au développement fonctionnel chez la jeune fille américaine*, paru dans le numéro de janvier des *Annales*, que quelques erreurs se sont glissées dans les chiffres. L'article était écrit avant mon retour de voyage, et je n'avais pu contrôler, moi-même, tous les chiffres ; de plus, je me fiai implicitement aux résultats qui m'avaient été communiqués par des personnes en qui j'ai toute raison d'avoir confiance : de ces chiffres, un certain nombre avaient été enregistrés par le Bureau des statistiques, d'autres par des personnes attachées à des travaux de statistiques officielles. Heureusement, toutefois, ces erreurs ne viennent aucunement infirmer les importantes déductions auxquelles je suis arrivé. Au contraire, les chiffres exacts, comme je les donne maintenant, tendent à renforcer beaucoup les conclusions que j'ai énoncées. La revision de tout le travail, avec les résultats exacts, ne fait qu'étayer plus solidement l'opinion que j'ai acquise. Cela se comprendra mieux si l'on jette un regard sur le tableau, page 41 : l'âge moyen de la puberté pour les jeunes filles qui travaillent était fixé à 14 ans, tandis qu'il est en réalité 14,16, celui-ci étant plus en rapport avec ce qu'on pouvait attendre. L'âge moyen pour la clientèle des dispensaires, c'est-à-dire pour la classe laborieuse, la plus basse, est 14,32 ; la fille qui travaille, envisagée ici, est, comme il a été établi, la fille des grandes cités, bénéficiant, sous le rapport de l'éducation, d'avantages plus ou moins marqués, un certain nombre d'entre elles ayant même passé dans des écoles élevées, en sorte qu'on se trouve avoir affaire à une classe d'une mentalité plus haute que celle qu'en général on rencontre dans la classe laborieuse, et l'on devait prévoir que l'âge de la puberté serait un peu plus précoce : exactement, il est 14,16. Mais le chiffre donné primitivement était 14, âge moyen trop précoce, et que je n'avais pu m'expliquer. Maintenant la revision et la correction du tableau nous donnent le résultat véritable, plus conforme aux prévisions qu'on était en droit de faire.

L'erreur suivante concerne les résultats de ma pratique privée : le chiffre primitivement donné était 14,3, plus exactement 14,32 ; or, à la revision, il devient 14,28, lequel est encore singulièrement tardif. Mais, comme je l'ai

(1) Nous avons reçu de M. Engelmann, à l'occasion de son article *Développement mental et développement fonctionnel*, etc., que nous avions publié dans le numéro de janvier 1901, la lettre précédente dont nous donnons la traduction. R. L.

établi, la clientèle envisagée ici comprend un certain nombre de sujets venus de districts campagnards ; nombre d'autres sont issus de souche ou d'hérédité germaine. Or, de mes observations aussi bien que des observations antérieures, il ressort que la puberté est particulièrement tardive chez les germains. J'avais jugé le chiffre 14,8 extrêmement tardif; la correction faite rapproche le résultat de celui qu'on pouvait prévoir. Une erreur typographique faite sur le chiffre représentant le total des faits réunis par les observateurs européens, 1,149 au lieu de 14,549, n'a d'ailleurs ici aucune importance.

J'ai toujours ajouté un grand prix à la rigoureuse exactitude de mes observations ; aussi, je vous prie de corriger ces chiffres qui, malheureusement, ont été reproduits par divers journaux, qui ont même figuré dans mon adresse présidentielle à l'*American Gynæcological Society* et qui ont été ainsi de nouveau reproduits. J'espère que ces corrections seront l'objet d'une attention égale.

Les données statistiques sont souvent rassemblées avec une attention insuffisante : dans une revue attentive de la littérature, j'ai eu l'occasion d'examiner les chiffres d'autres observateurs et, aussi, de relever de nombreuses erreurs. Par exemple : Mayer (de Berlin), dans son excellente monographie parue dans les *Transactions of the International Medical Congress of Paris*, 1867, page 206, donne comme âge moyen de la première menstruation, pour 6,000 sujets germains, 15, tandis que, utilisant ses propres chiffres, je trouve 16, erreur qui a déjà été relevée par Raciborsky. Mais Raciborsky lui-même commet plusieurs erreurs, ainsi : en donnant les chiffres de Strasburg dans son tableau, page 200, dans lequel il combine les chiffres de Lévy et de Stoltz, il fait une faute en combinant la douzième année de l'un avec la treizième année de l'autre, la quatorzième avec la quinzième ; en sorte que le total de 1,249 cas constitue sûrement une erreur ; les chiffres de Moryasu sont fixés non seulement par Ploss, mais aussi dans le *Centralblatt f. Gynækologie* à 584 au lieu de 684 ; Rigden, de Londres, donne 2,696 au lieu de 2,596.

J'ai relevé plusieurs erreurs de cette nature, moins graves à la vérité que les miennes. Mais comme ces données statistiques sont largement reproduites et qu'elles deviennent la base de documents sérieux, on devrait les reviser très soigneusement. Les miennes ont été maintenant si complètement et si souvent contrôlées que je suis sûr de leur parfaite exactitude. Je ne puis que répéter qu'il était agréable de constater que ces corrections, loin d'infirmer des déductions importantes, ne font au contraire que les confirmer et fortifier.

Boston, 18 avril 1901 GEO. J. ENGELMANN.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LV

Janvier à Juin 1901.

I

M

N

O

R

S

T

U

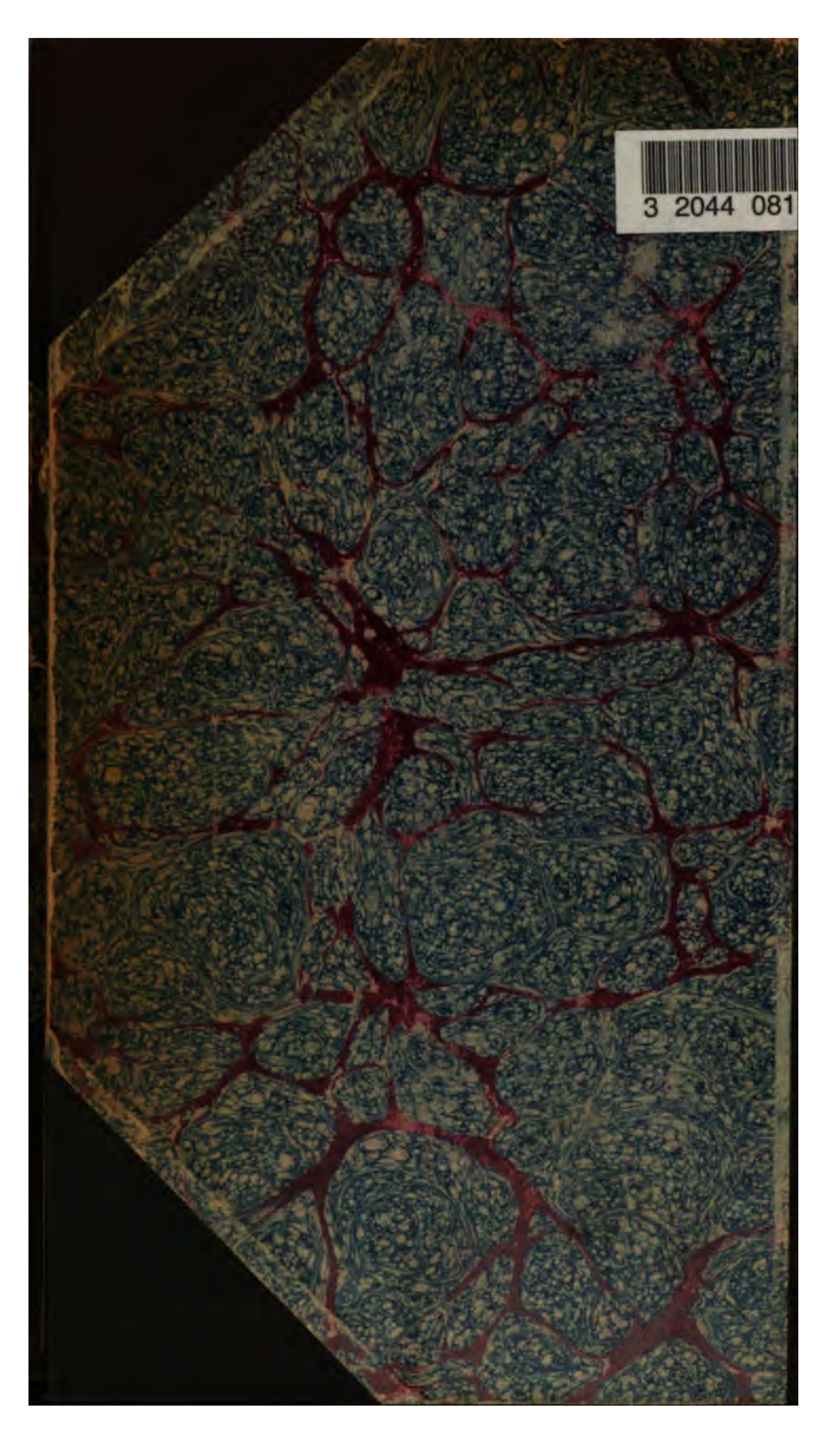
V

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LV

Janvier à Juin 1901.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE. — HAVRE


3 2044 081